

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

481

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Maurice PRIEUR

Né à Sauzé-Vaussais le 7 Août 1885 (Deux-Sèvres)

LA STASE PAPILLAIRE

DES INDICATIONS DE SON TRAITEMENT

par les Opérations Décompressives

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

1-43

481

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Maurice PRIEUR

Né à Sauzé-Vaussais le 7 Août 1885 (Deux-Sèvres)

LA STASE PAPILLAIRE

DES INDICATIONS DE SON TRAITEMENT

par les Opérations Décompressives

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

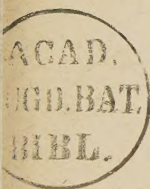
PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

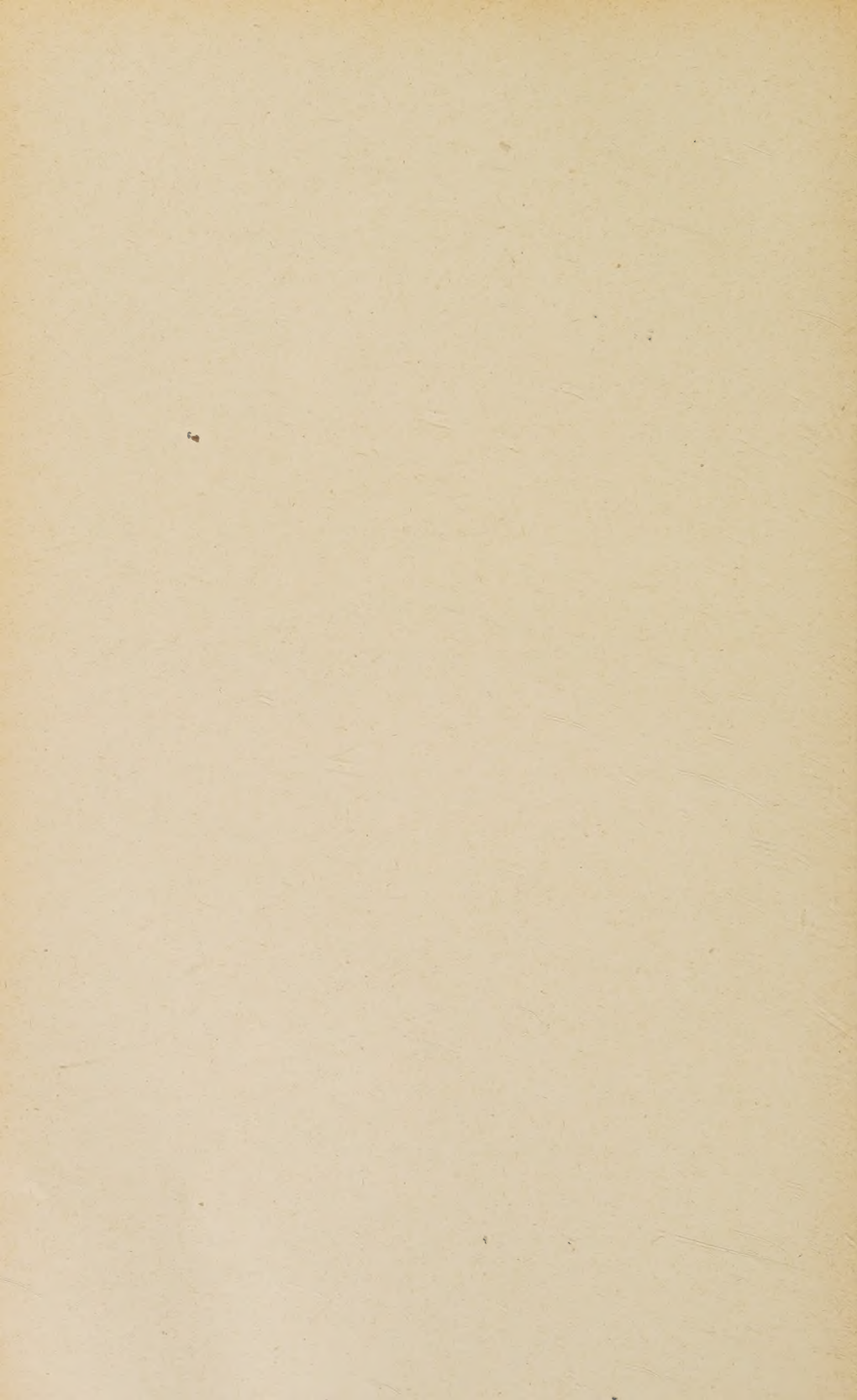
Doyen	Professeurs.	M. LANDOUZY,
		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		X...
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		HAYEM
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE
Clinique chirurgicale.		PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNE
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, nous tenons à remercier, et c'est pour nous un agréable devoir à remplir, tous les maîtres habiles et dévoués qui pendant nos années d'étudiant nous ont prodigué leurs conseils et leur enseignement.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de l'École de Poitiers, MM. Delaunay, Buffet-Delmas, Berland, Malaperl, Chrétien, Barnsby, Petit et Faivre qui nous facilitèrent les premiers pas dans la carrière médicale.

Que nos maîtres de Paris, MM. les Professeurs Achard, Hulinel, Pinard; M. le Professeur agrégé Campenon dont nous avons suivi les services ainsi que M. le docteur Beclère, médecin de l'Hôpital St-Antoine, qui nous accueillit avec bienveillance dans son laboratoire de radiologie, veuillent bien accepter ici le faible témoignage de notre gratitude. Nous conserverons aussi le souvenir des leçons du regretté Professeur Raymond.

Nous devons un témoignage tout particulier à M. le Professeur de Lapersonne, dont l'enseignement journalier nous est très profitable, et qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous adressons également nos plus sincères remerciements à M. le docteur Cantonnet, ophthalmologiste, des Hôpitaux, qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse.

CHAPITRE I

La Stase papillaire

La stase papillaire, encore appelée papillite œdémateuse, papille étranglée (stauungs papille des allemands) est une forme spéciale de papillite caractérisée par un gonflement de la papille optique avec proéminence plus ou moins accentuée de sa surface en avant du plan de la rétine.

La stase papillaire accompagne des processus pathologiques de nature très diverse. Elle ne constitue pas une entité morbide, mais un symptôme soit de l'augmentation de la pression dans les espaces sous-arachnoïdiens, soit de compression des gaines optiques.

A. — ASPECT OPTALMOSCOPIQUE

Au début, on constate une rougeur hypérhémique de la papille dont les contours sont flous et effacés. Les détails de la boutonnière choroïdienne, la cavité physiologique et le dessin et la lame criblée au centre de la papille se voilent et s'atténuent.

Puis peu à peu, le disque optique fait saillie en avant du plan de la rétine à mesure que son diamètre s'accroît. Les veines se dilatent, deviennent tortueuses, les artères au contraire se rétrécissent : elles sont fines, grêles, indistinctes. L'hypérhémie n'augmente guère, la coloration du nerf prend une teinte plus grisâtre, plus mate, comme lardacée. La différence de niveau qui existe entre le plan de la rétine et la papille, détermine une coupure brusque des vaisseaux et provoque le déplacement parallaxique des images à chaque mouvement de la lentille de l'observateur. « L'extrémité du nerf optique semble un bouton convexe retenu par un pédicule, se balançant au devant de la rétine. Les effets d'ombre passant d'un bord à l'autre selon l'incidence de l'éclairage accentuent encore son relief. » La dénivellation mesurée à l'ophtalmoscope, équivaut parfois à 6 ou 7 dioptries, ce qui représente une saillie de 2 à 2 1/2 millimètres ; quant au diamètre de la papille, il atteint le double ou le triple du diamètre normal.

A ces symptômes habituels : agrandissements et proé-

minence de la papille, teinte grisâtre de sa substance avec congestion veineuse et effacement des artères, peuvent s'en ajouter d'autres : hémorragies péri-papillaires en stries ou en flammèches, foyers de dégénérescence blanchâtre ; plaques exsudatives recouvrant une partie de la papille et dues à une infiltration leucocytaire.

Les manifestations ophtalmoscopiques de la stase, restent localisées dans la majorité des cas au voisinage immédiat du nerf optique.

Dans certains cas de forte intensité on voit un véritable décollement circum-papillaire ou bien une ou plusieurs bandes claires, semi-circulaires qui indiquent la présence de petits replis rétiniens (**Gowers, Haab**).

Après une durée de quelques semaines à quelques mois si la mort n'est pas déjà venue mettre fin à l'observation, on voit l'oedème de la papille diminuer en même temps que la coloration de sa surface passe du gris rougeâtre à une teinte plus pâle ; le disque optique apparaît alors, blanc brillant avec des contours encore un peu irréguliers et diffus et un diamètre plus grand qu'à l'état normal. Bien que la papille soit revenue au niveau de la rétine, les veines conservent leur turgescence et leur trajet sinueux.

Cette régression se fait souvent en un temps très court pour aboutir à une atrophie plus ou moins complète.

Il est rare que la stase papillaire quand elle est bien nette, puisse disparaître sans laisser de traces ophtal-

moscopiques ; cependant des faits de ce genre ont été notés par **Kampherstein** qui cite 8 cas de guérison sur 200. **Pflüger** rapporte 3 cas de guérison complète.

B. — SYMPTOMES VISUELS

La présence d'un œdème papillaire peut rester longtemps méconnue parce que le malade ne se plaint pas de sa vision. Il n'y a pas en effet de proportion entre les altérations ophtalmoscopiques de la papille étranglée et le degré des troubles visuels ; et on est très étonné de constater une stase énorme avec un gonflement très prononcé de la papille, chez des sujets dont l'acuité visuelle est encore très bonne et le champ visuel non rétréci. En général il y a une légère diminution de la vision jusqu'à un demi ou un tiers, aggravée surtout par des obscurcissements ou éblouissements passagers qui constituent les premiers symptômes dont le malade s'inquiète. A la période d'état de la stase, les obnubilations deviennent parfois une cause de gêne très grande par leur fréquence ; on a cité des cas où elles se répétaient jusqu'à 50 ou 100 fois dans la même journée, avec une durée de plusieurs minutes pendant laquelle le malade était plongé dans l'obscurité la plus complète. Pendant un de ces accès de cécité passagère, **Harms** (1)

(1) Zur Aetiologie der momentanem obscurationem bei Stauungs-papille *Soc. Opht. Heidelberg*. XXIII p. 253 1906.

a pu constater à l'ophtalmoscope un rétrécissement complet de toutes les artères qui apparaissaient comme des filets exangues ; puis peu à peu la circulation se rétablissait sous la forme d'une colonne sanguine fragmentée. On a pensé qu'il s'agissait là de crampes vasculaires telles qu'on les a observées quelquefois en dehors de toute stase papillaire chez des sujets artério-scléreux.

Le rétrécissement périphérique du champ visuel débute fort irrégulièrement, tantôt d'un seul côté, tantôt de façon concentrique, parfois il a le caractère d'une hémianopsie, parfois enfin il débute par un scotome central. D'ordinaire il s'accompagne d'une diminution notable de l'acuité visuelle cependant **Dufour et Gonnin** ont cité des exceptions. Une fois déclarée, la diminution progresse assez rapidement, on l'a vue aboutir en deux ou trois semaines à la cécité totale après être demeurée des mois voisine de la normale. Très souvent cette baisse rapide de la vision ne s'accompagne d'aucune modification notable dans l'état ophtalmoscopique. Il est donc impossible d'apprécier, même approximativement, l'état des fonctions visuelles d'après le seul aspect ophtalmoscopique.

La vision chromatique reste ordinairement normale ou peu altérée jusqu'au dernier moment. **Kamphers-tein** n'a constaté qu'un cas de cécité totale pour les couleurs et encore elle disparut entièrement au bout de quelques mois.

C. — ÉTIOLOGIE

La stase papillaire, ainsi que nous le disions plus haut, accompagne des processus pathologiques de nature très diverse. Le plus habituellement elle est symptomatique d'une compression : compression du nerf optique et de ses gaines par une tumeur orbitaire ou par une sinusite ethmoïdale postérieure ou sphénoïdale, la stase est alors unilatérale ; ou bien la compression est due à une affection intracrânienne se traduisant par une hypertension dans les espaces sous-arachnoïdiens, et la stase papillaire est bilatérale. C'est cette stase papillaire bilatérale produite par une hypertension intra-crânienne que nous voulons étudier.

Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer aux *tumeurs du cerveau* la première place parmi les causes de l'œdème papillaire. Il suffit de rappeler les chiffres de **Kampherstein**. Sur 200 cas : 139 fois la cause était une tumeur maligne, 27 fois la syphilis, 9 fois la tuberculose, 7 fois un abcès cérébral, 2 fois un cysticerque intra-cranien, 2 fois une thrombose des sinus et 10 fois une autre cause. La localisation de la tumeur influe sur la fréquence de la stase : c'est dans les tumeurs du cervelet qu'elle est la plus fréquente 87 à 95 0/0, il semble que plus la tumeur siège près des lobes frontaux, moins la stase soit fréquente.

La *Syphilis*, ainsi que le montre la statistique précédente, détermine souvent l'œdème de la papille, qu'il s'agisse, soit de gomme cérébrale, soit de lésions diffuses de l'encéphale et de ses enveloppes : pachyméningite, leptoméningite, méningite basale, etc.

La stase est parfois un symptôme très précoce se manifestant peu après les éruptions cutanées ; il arrive aussi qu'elle reste unilatérale, ce qui est exceptionnel en dehors de la syphilis.

Les *abcès du cerveau* sont peu mentionnés comme déterminant la stase, ce qui tient peut-être à la très courte durée de leur évolution ; la mort devançant le développement des symptômes oculaires (**Dufour et Gonin**). **Gowers** estime que la névrite se voit dans les $\frac{3}{4}$ des cas d'abcès du cerveau lorsque leur durée a été d'au moins 4 semaines.

Heine, Nacht, Uhthoff, dans leurs statistiques, signalent de nombreux cas de stase papillaire dans les *méningites séreuses* en particulier dans la *méningite cérébro-spinale*. Cependant dans les statistiques récentes (**Terrien et Bourdier**), faites depuis l'application du sérum anti-méningococcique, l'œdème de la papille est moins souvent signalé, sans doute parce que les cas graves sont moins nombreux avec cette thérapeutique nouvelle.

Dans la *méningite tuberculeuse* **Dupuy-Dutemps** n'a constaté la stase papillaire que 3 fois sur 35 cas.

Par contre **Parinaud** l'a trouvée dans la moitié des cas.

Les *hémorragies intra-crâniennes*, qu'elles soient d'origine traumatique, ou qu'elles proviennent d'apoplexie cérébrale, sont quelquefois accompagnées par un certain degré de congestion optique avec saillie généralement peu accentuée de la papille. **Gowers, Oppenheim** pensent que cette stase papillaire n'est pas due à l'hémorragie en elle-même, mais à une néphrite concomitante, ou bien à une tumeur molle, qui auront causé l'hémorragie.

Kampherstein croit, au contraire, que si on la cherchait d'une façon méthodique, la stase papillaire se trouverait beaucoup plus souvent.

Oppenheim rappelle plusieurs observations d'*olites moyennes*, en apparence non compliquées, où l'on a vu se développer une stase papillaire ; il pense qu'une méningite séreuse a servi d'intermédiaire entre l'affection de l'oreille et celle du nerf optique.

La *thrombose du sinus caverneux*, l'*hydrocéphalie aiguë ou chronique*, l'*insolation*, les *épendymites séreuses* (**Merle**), s'accompagnent aussi de stase papillaire. Dans les *coups de feu du crâne*, la stase a été signalée 4 fois. **Coutela** pense qu'elle le serait beaucoup plus souvent si les blessés étaient dans tous les cas l'objet d'un examen oculaire précis.

Dans les *déformations crâniennes*, en particulier dans l'*Oxycéphalie* caractérisée par une étroitesse marquée du front et par la forme conique ou cylindrique du crâne, il se produit une stase papillaire dès les premières années de la vie, comme la vision reste longtemps bonne,

les parents ne s'en aperçoivent pas et les sujets deviennent aveugles ou presque, par atrophie post-nevritique.

Enfin nous mentionnons encore comme pouvant déterminer l'œdème de la papille, les localisations encéphaliques des *maladies infectieuses* comme la fièvre typhoïde (cas de **Widal, Joltrain et Weil**), et la scarlatine (**Moissonnier**), de même que celles du saturnisme (**Bruns et Stolting**) et de la sclérose en plaques.

Etant donnée la diversité des affections causales, il n'est pas étonnant qu'un grand nombre de théories aient été émises pour expliquer la stase papillaire. Nous n'avons pas l'intention de les étudier ici, nous nous bornerons à rappeler qu'elles peuvent se ramener à trois, qui ont chacune leurs partisans.

Théorie mécanique. — **Turck, De Graefe** invoquent la compression du sinus caverneux dans le cas de tumeur. **Benedikt et Dor** croient à une action vaso-motrice par irritation des fibres sympathiques contenues dans le nerf optique. **Schmidt** admet l'imbibition du nerf optique et de la papille par pénétration directe du liquide dans le tissu nerveux. **Manz** pense qu'il y a rétention de la lymphe du nerf, par augmentation de pression dans l'espace intervaginal. **Dupuy-Dutemps** signale la compression de la veine centrale à son passage à travers la gaine.

Théorie inflammatoire. — **Deutchmann, Remak** admettent une cause toxique infectieuse amenant une névrite descendante.

Théorie de l'œdème. — **Parinaud, Sourdille, Ulrich, Rochon-Duvignaud, Lubrecht, Jacoby, Kamphers-tein**, invoquent uniquement un œdème cérébral se transmettant au nerf optique et accru par l'anneau scléral qui agit comme une « ligature sur un membre œdématisé ».

Parfois l'œdème papillaire est la première manifestation d'une affection intracrânienne, surtout s'il s'agit de syphilis cérébrale ou d'une tumeur à marche lente. En pareil cas, son développement peut fort bien passer inaperçu et il en est le plus souvent ainsi, car l'acuité restant longtemps bonne, le malade ne se plaint pas et ne vient consulter que trop tard, quand, à la stase, a fait suite une atrophie du nerf optique. Ce n'est alors que par un pur hasard, ou par un examen méthodique de tous les malades qui se présentent, qu'on décèle une stase papillaire au début.

Dans d'autres cas, ce sont des symptômes d'origine cérébrale qui amènent le malade au médecin : maux de tête violents survenant souvent par accès, avec des périodes de rémission plus ou moins longues, vertiges, nausées, fourmillements et crampes dans les membres ou les muscles de la face ; parfois paralysies oculaires, bourdonnements d'oreilles et surdité. Il faut alors toujours chercher la stase papillaire, outre qu'elle constitue un élément excellent de diagnostic, elle est pour la vue du malade une affection d'un pronostic très réservé, qui, si elle n'est pas traitée, conduit à la cécité par

atrophie optique. Et si l'on voit des malades succomber avant que leur vision ait gravement souffert, on en voit beaucoup d'autres survivre plusieurs mois et même quelques années à la perte de leur vue, car il n'y a aucun parallélisme entre la progression plus ou moins rapide des troubles oculaires et le déclin des forces vitales.

Il importe donc, toutes les fois qu'on se trouvera en présence de malades présentant des symptômes d'hypertension intra-cranienne, de pratiquer systématiquement l'examen du fond d'œil et de le pratiquer fréquemment, sans attendre les signes subjectifs, afin d'instituer sans retard, un traitement qui, ainsi que nous le montrerons plus loin, sera d'autant plus efficace qu'il aura été appliqué plus tôt. La stase évolue souvent en effet par poussées successives, d'intensité croissante : d'un jour à l'autre elle peut faire des progrès rapides et parfois compromettre gravement en quelques heures la fonction visuelle.

CHAPITRE II

Traitement par les Méthodes Décompressives

Plusieurs interventions chirurgicales ont été proposées dans le traitement de la stase papillaire d'origine intra-cranienne.

L'Incision des gaines du nerf optique ou Procédé de Wecker — c'est un procédé d'une exécution difficile, qui n'a jamais donné de résultat durable et qui est actuellement abandonné.

La Ponction Lombaire, La Trépanation. — Ces deux méthodes ont un même but : la décompression des centres nerveux.

On sait, en effet, que le nerf optique est entouré dans tout son trajet, jusqu'à la lame criblée de la sclérotique,

par toutes les méninges qui lui forment des gaines continues, comme à un prolongement cérébral. Il y a donc, tout autour du nerf optique, un espace arachnoido-piémérien, qui est la continuité des espaces sous-arachnoïdiens et dans lequel, le liquide céphalo-rachidien peut librement circuler. On a montré, de plus, que la circulation lymphatique du nerf optique et des membranes profondes de l'œil est tout à fait indépendante de cette circulation céphalo-rachidienne.

On comprendra donc facilement que : dans tous les cas de stase papillaire par hypertension intracrânienne, si l'on s'adresse à la cause de la stase en décomprimant les centres nerveux, soit en évacuant une certaine quantité de liquide par la ponction lombaire, soit en trépanant le crâne avec ou sans ouverture de la dure-mère, l'évacuation du liquide, contenu dans les gaines du nerf optique, vers les cavités méningées décomprimées, puisse avoir une action favorable sur la stase papillaire.

A. — LA PONCTION LOMBAIRE

Des travaux assez nombreux ont été publiés sur la ponction lombaire et les résultats qu'elle peut donner dans le traitement de la stase papillaire.

En 1892 **Schalder** Miller, en 1895, **Burchardt**, **Oppenheim** 1897, **Brush** 1898, **Babinski**, **Pitres** et

Abadie, puis plus récemment **Dianoux**, **Dupuy-Dutemps**, **Aubineau**, **Abadie**, **Druau** et **De Lapersonne**, **Yvert**, **Laruelle**, **Moissonier**, **Courtellement** et **Galezowski**, **Frenkel**, etc., ont tous rapporté des cas où la stase avait été améliorée ou guérie par la ponction lombaire.

I. Stases papillaires d'origine intra-crânienne sans tumeur

(a) Méningites séreuses

Dans certains processus morbides mal définis comme les méningites séreuses, et dans la genèse desquels on tend actuellement à faire jouer un grand rôle aux épendymites **Merle** (1), la ponction lombaire a donné des effets remarquables.

OBSERVATION I

OPPENHEIM : *Société de Méd. Int. de Berlin 15 nov. 1897*

*Méningite probable avec stase papillaire bilatérale. Ponction
Lombaire. Amélioration*

Jeune homme de 22 ans qui, depuis sa cinquième année, était

(1) **Pierre Merle** *Etude sur les épendymites Cérébrales*. Thèse Paris 1910.

atteint d'une otite purulente bilatérale plus prononcée à droite. Au mois de décembre 1895, ce malade commença à se plaindre de maux de tête et de vomissements qui, d'abord intermittents, deviennent par la suite continus. On constate en outre chez lui de la diplopie et une incertitude de la marche et peu de temps après on le fit entrer dans mon service. L'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'une tuméfaction des deux papilles, (Stauungs papille de von Græfe). Je notai de plus une amaurose complète de l'œil droit, une diminution notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche, une paralysie du nerf moteur oculaire externe du côté gauche, du nystagmus etc.

Ce malade éprouvait enfin une grande difficulté à marcher.

En présence de ces accidents, j'écartai l'idée d'un abcès du cerveau consécutif à l'otite parce que jamais on n'avait observé ni élévation de température, ni ralentissement du pouls, ni somnolence et je pensai qu'il s'agissait plutôt, soit d'une tumeur du cervelet, soit d'une hydrocéphalie acquise ou encore d'une méningite séreuse.

La ponction lombaire me semble indiquée. Au mois de mars, M. Von Bergmann la pratiqua et retira 66 grammes d'un liquide limpide, qui sortit de la canule sous la forme d'un jet énergique ce qui nous prouva que le liquide était soumis à une haute pression.

A la suite de cette intervention, les maux de tête commencèrent d'abord par s'aggraver, puis ils disparurent et avec eux tous les autres accidents : seule l'amaurose de l'œil droit persista, tandis que l'acuité visuelle de l'œil gauche augmentait notablement. Depuis un an et demi le malade a repris ses occupations. En présence de cette amélioration qui équivaut presque une guérison, on ne peut admettre que ce sujet ait été atteint de tumeur cérébrale, c'est donc à une méningite séreuse que nous avons eu affaire.

OBSERVATION II (Résumée)

BABINSKI et CHAILLOUS : *Annales d'oculistique*, juillet 1907.

Névrite optique bilatérale. --- Ponction lombaire. --- Amélioration considérable mais passagère des troubles oculaires

Madame H... entre le 19 octobre 1906 à l'hôpital de la Pitié pour des maux de tête, s'accompagnant de troubles de l'ouïe et de la vue.

Examen des yeux. — La pupille gauche est plus large que la pupille droite ; les réflexes à la lumière et à la convergence sont normaux. Les milieux transparents laissent voir les papilles très floues, avec des veines distendues et sinuées. Il existe donc une névrite optique telle qu'on en rencontre dans les méningites. OD+0,50, V=5/10 OG+I, V=5/10.

La malade se plaint de maux de tête très violents qui la privent de sommeil. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. La malade est soumise aux injections de calomel.

26 octobre. — Les symptômes nerveux et oculaires n'ont pas varié. On fait une *ponction lombaire*.

Avant la ponction..... OD+0,50, V=5/10 OG+I, V=5/10
Aussitôt après la ponction OD+0,50, V=8/10 OG+I, V=9/10

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose abondante.

Pendant le mois de novembre, l'œdème des papilles diminua beaucoup et le 23 on notait : « Les papilles sont presque complètement revenues à la normale ». Mais malgré la continuation des injections de calomel, les troubles nerveux et oculaires se reproduisirent et l'acuité visuelle baissa de nouveau.

En janvier 1907 il apparut des troubles de la sensibilité dans tout le domaine du trijumeau droit. La malade quitta le service en février dernier.

OBSERVATION III

BABINSKI et CHAILLOUS. *In annales d'Oculistique*, juillet 1907.

Névrite optique bilatérale. Paralysie du moteur oculaire externe droit, Ponctions lombaires. Guérison.

Madame S., âgée de 23 ans, vient à la Pitié le 20 octobre 1905 se plaignant de maux de tête et de troubles de la vue. Les maux de tête existent depuis quatre mois, ils ont leur maximum à la région occipitale, sont plus violents la nuit et empêchent même la malade de dormir. Madame S... ne peut pas préciser la date d'apparition des troubles de la vision. Elle remarqua un jour qu'elle voyait double et que ce trouble disparaissait quand elle fermait l'un des yeux.

On ne note rien de particulier dans les antécédents de la malade dont la mère est morte à 39 ans, probablement tuberculeuse. Elle a une sœur bien portante.

Elle même sans être robuste, n'a jamais eu d'affection sérieuse. Mariée à 22 ans, elle eut huit mois après un enfant actuellement bien portant. La grossesse fut rendue pénible par les vomissements et par les maux de tête. On fit une seule fois l'examen des urines qui furent trouvées normales.

Examen des yeux. O D. V = 10/10 ; O G. V = 10/10. Le champ visuel de chaque œil pris pour le blanc et le rouge est tout à fait normal. Les pupilles sont égales et leurs réflexes normaux. Les milieux transparents laissent voir une stase de la papille des plus nettes, mais peut-être un peu plus marquée du côté gauche

que du côté droit. Les bords de la papille, des deux côtés, ont complètement disparu, les veines sont gonflées, violacées et sinueuses, les artères rétrécies disparaissent par place. Il n'y a dans la région peripapillaire aucun exsudat, aucune tache hémorragique.

L'examen de la motilité des yeux montre que l'excursion en dehors de l'œil droit est environ de 10° moins étendue que l'excursion correspondante de l'œil gauche, et la recherche de la diplopie à l'aide du verre rouge confirme l'existence d'une paralysie du moteur oculaire externe droit. Une ponction lombaire est pratiquée, le liquide céphalo-rachidien est normal.

27 octobre, — L'œdème des papilles semble peu modifié ; les veines sont peut-être un peu diminuées et moins tortueuses. La diplopie existe toujours, Bien qu'on ne retrouve aucun antécédent syphilitique, on fait à la malade une injection intra-musculaire de calomel.

3 novembre. — Une nouvelle ponction lombaire a été faite dans les jours qui précèdent. La malade souffre encore de violents maux de tête, mais il y a une diminution très nette de l'œdème des papilles. A droite surtout la papille a repris ses bords nets, les veines sont beaucoup moins tortueuses et moins dilatées.

16 novembre. — L'état du fond de l'œil ne s'est guère modifié depuis le 9 novembre bien qu'on ait pratiqué peu après une troisième ponction lombaire. La diplopie persiste.

8 décembre. — L'œdème des papilles est beaucoup moins marqué.

22. — On constate encore un aspect très légèrement voilé des bords des papilles, qui ne pourrait pas permettre le diagnostic de névrite optique, si l'on n'avait pas les examens antérieurs.

2 février 1906. — La diplopie a disparu.

16 février 1906. — On ne constate plus aucun trouble du côté des yeux. La malade a eu 7 ou 8 injections de calomel. Elle

qu'elle l'hôpital. M. S. cessa tout traitement et revint comme on lui avait conseillé vers la fin de l'année 1906. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle était toujours restée bien portante.

OBSERVATION IV

BABINSKI et CHAILLOUS : *Annales d'oculistique juillet 1907*

Névrite œdémateuse bilatérale avec diminution considérable de la vision de l'œil gauche et cécité de l'œil droit. Ponction lombaire. Amélioration rapide des troubles oculaires.

M. R..., garçon de café âgé de 19 ans, entre le 20 juin 1905 à l'hôpital St-Antoine (service de M. Vaquez). Il a été pris il y a 3 semaines de céphalée violente avec rachialgie, vertiges et d'asthénie. Tous ces symptômes n'ont fait que s'accroître et le malade a cessé tout travail depuis cette époque.

Les renseignements qu'il donne sur ses antécédents sont tout à fait incomplets. Il aurait perdu plusieurs sœurs et frères en bas âge. Personnellement il n'aurait eu que quelques rhumes pendant l'hiver.

Actuellement, le malade se plaint surtout de céphalée intense localisée à la région frontale et prédominante à droite ; elle est continue, mais à l'occasion du moindre mouvement elle s'exagère et s'accompagne alors de vertiges.

R..., souffre aussi de rachialgie surtout cervicale. Pour cette rachialgie qui a existé dès le début de l'affection, on a posé un vésicatoire et fait des pointes de feu. La lassitude est extrême. Le malade est en état de torpeur, comprend assez difficilement les questions qu'on lui fait, répond lentement en hésitant.

Depuis trois semaines, vomissements répétés en moyenne

une ou deux fois par jour. Les vomissements, souvent bilieux, surviennent sans efforts. La constipation opiniâtre, résiste aux purgatifs. Le pouls est à 83 bien frappé. Le nombre des respirations par minute est de 31 et l'auscultation montre de l'induration du sommet gauche.

Examen du système nerveux. Dès que le malade est debout il a des vertiges et craint de tomber : il écarte les jambes et s'incline en avant pour résister, dit-il, à une force qui l'attire en arrière. Si on lui fait rapprocher les jambes il titube et doit être soutenu par un aide. La force musculaire est intacte ; pas d'incoordination motrice, pas de contracture, pas de Kernig. Très légère raideur de la nuque, peut-être attribuable à son vésicatoire. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, surtout à droite. Il existe de l'extension de l'orteil à droite et un clonus bilatéral. Les pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche. Les réactions pupillaires sont normales.

Par la *ponction lombaire* on retire 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien qui sort en hypertension. Depuis la ponction la céphalée a complètement disparu, les vomissements ont cessé, l'asthénie et la torpeur sont atténués.

25 juin. Le malade entre dans le service de l'un de nous à la Pitié.

30. *Examen des yeux.* E. R. à les deux yeux largement ouverts et fixes, comme on le note souvent chez les malades atteints d'une cécité presque complète. Du côté droit, la pupille réagit très faiblement à la lumière et à la convergence ; elle réagit bien au réflexe consensuel. Il semble qu'il n'existe même pas la moindre perception lumineuse. À gauche les réactions pupillaires sont normales ; le malade compte les doigts à environ dix centimètres.

Emmétropie. Milieux transparents. L'examen ophtalmoscopique montre des deux côtés une névrite œdémateuse des plus accentuées avec des veines sinueuses, très distendues, des artè-

res disparaissant en partie dans l'œdème des bords papillaires.

Dans les jours qui suivent, on fait une *ponction tombaire* et le malade est soumis au traitement hydrargyrique.

7 juillet. — Le malade se dit très amélioré et n'a plus de maux de tête. OD : la pupille réagit à la lumière ; V = compte les doigts à environ dix centimètres. L'œdème de la papille a considérablement diminué. OG, V = compte les doigts à environ 15 centimètres ; même amélioration qu'à droite.

26 juillet. — Les bords des deux papilles ont recouvré leurs contours normaux et les vaisseaux leur aspect habituel.

28 juillet. --- OD, OG, V = compte les doigts à 1 mètre.

18 août. --- OD, V = 1/10 OG. V = compte les doigts à un mètre. Les papilles ont l'aspect blanc nacré des papilles atrophiques.

En dépit de cet aspect et du pronostic qu'il faisait porter, l'acuité visuelle devint lentement meilleure. Quand le malade quitta le service on constatait un champ visuel presque normal pour le blanc : OD, V = 5/10 ; OG, V = 1/10.

Le malade est revu en mars 1910 ; il a repris ses occupations de garçon de café : OD, OG, V = 0,7,

L'étiologie des cas 2, 3 et 4 reste assez obscure, cependant MM. **Babinski** et **Chaillous** ont pensé, étant donné la rapidité des résultats obtenus, qu'il s'agissait probablement de méningites dont l'étude clinique, aidée par l'examen cytologique, n'a pas permis de préciser la cause.

Il est intéressant de constater que dans les cas 1, 2 et 4, une seule ponction fut faite ; cette évacuation fut suivie dans le délai d'une huitaine ou d'une dizaine de jours, d'une diminution très notable, ou d'une disparition de l'œdème de la papille, avec amélioration de l'a-

cuité visuelle et élargissement du champ visuel. Dans l'observation 3, trois ponctions furent nécessaires pour obtenir le retour à l'état normal. Dans les méningites séreuses en effet, la répétition des évacuations s'impose jusqu'à ce que toute réaction méningée ait disparu.

Frenkel a cité un cas où la guérison complète fut obtenue par des soustractions abondantes et répétées de liquide céphalo-rachidien.

A côté des méningites séreuses on peut placer le cas suivant de stase papillaire par hypertension céphalo-rachidienne, au cours d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION V (Résumée)

WIDAL, JOLTRAIN et ANDRÉ WEILL : *Soc. Méd. des Hôpitaux*

30 juillet 1909

Amaurose subite au cours d'une fièvre typhoïde. OEdème de la papille. Hypertension du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide après ponction lombaire

C... 20 ans entre à l'Hôpital Cochin le 25 février 1909 au sixième jour d'une fièvre typhoïde.

L'affection suivait son cours normal quand le 24 au matin le malade qui n'avait aucun passé oculaire se réveilla complètement aveugle. Il se fait transporter à l'hôpital où l'on constate qu'il n'a aucune perception visuelle et n'aperçoit même pas la lumière, alors qu'on l'approche de ses yeux au point qu'il sente la chaleur.

L'examen général montre tous les signes d'une fièvre typhoï-

de. On ne trouve aucun signe d'irritation méningée, ni raideur de la nuque ni signe de Kernig.

L'examen des yeux fait dès l'entrée du malade montre :

Pupilles égales en mydriase, ne réagissent pas à la lumière.

Fond d'œil : léger œdème de la papille, bilatéral ; dilatation veineuse marquée. Pas d'hémorragies rétinienne.

Une *ponction lombaire* aussitôt pratiquée, donne issue à un liquide clair très hypertendu qui sort en jet, on en retire 30 cent. cub. environ.

Pas d'éléments figurés.

Deux heures après la ponction, le malade présente déjà une amélioration. Il perçoit une forte lumière à 20 cent. et en suit des yeux le déplacement.

Le 26 février. — Amélioration de l'état général. Le malade distingue comme à travers un brouillard la forme extérieure des objets qui l'environnent, Il ne peut distinguer les grosses lettres d'un journal.

Le 27 février. — L'amblyopie a considérablement diminué. L'acuité visuelle mesurée à l'échelle de Snellen est de 0,5.

A l'ophtalmoscope on constate que l'œdème papillaire a presque entièrement disparu ; mais il subsiste encore une dilatation très nette des veines.

Une *nouvelle ponction lombaire* est pratiquée. Le liquide sort en jet, pas d'éléments figurés.

Le 28 février. — La vue s'est encore considérablement améliorée depuis la veille, le malade lit sans efforts les petits caractères d'imprimerie.

L'examen du fond d'œil, pratiqué le 1^{er} et le 2 mars montre encore un léger degré de dilatation des veines rétinienne, un peu plus accusé à gauche et qui tend à diminuer. L'acuité visuelle est revenue à la normale, pour l'œil gauche comme pour le droit.

Enfin le 4 mars un nouvel examen montre un fond d'œil absolument normal.

En résumé, le fait dominant de cette observation, est l'apparition au neuvième jour d'une fièvre typhoïde, d'une amaurose complète, qui, au bout de deux jours, disparut rapidement à la suite de deux ponctions lombaires ; de sorte que la durée du trouble visuel ne dépassa pas 4 jours.

Moissonier, (*Société méd. d'Indre-et-Loire, mars 1907*), a rapporté un cas de névrite post-scarlatineuse avec amélioration notable de la vision le lendemain du jour où l'on pratiqua une ponction lombaire.

(b) **Méningites Cérébro-Spinales**

Dans la méningite cérébro-spinale la stase est assez rare, surtout depuis l'application du traitement antiméningococcique. La ponction lombaire a donné d'excellents résultats dans quelques cas comme le montre l'observation 6. Cependant **Terrien** et **Bourdier** ont rapporté des observations de cécité par névrite optique double survenue dans l'évolution d'une méningite cérébro-spinale épidémique. (1) Ce qui montre que parfois les névrites post-méningitiques sont d'une gravité exceptionnelle et rebelles à toute thérapeutique.

(1) Terrien et Bourdier, *Société d'Ophthalmologie de Paris*, Oct. 1909.

OBSERVATION VI

V. COURTELLEMONT et J. GALEZOSWKI (*Recueil d'ophtalmologie*
1905, p. 217).

Stase papillaire post-méningitique, Ponction lombaire, Guérison.

Jeune fille de 19 ans, a été atteinte à la fin du mois de mars 1904 d'une méningite cérébro-spinale pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Broussais (service du professeur Gilbert).

Dès le second jour de la maladie, la vue s'était troublée au niveau de l'œil gauche ; le troisième jour la malade n'y voyait plus de cet œil.

A sa sortie de l'hôpital Broussais, elle conservait les mêmes troubles oculaires ; elle entre à la Salpêtrière le 5 avril 1904. (Service du professeur Raymond), on constate l'existence au niveau de l'œil gauche de strabisme et de cécité.

Le strabisme est dû à une paralysie de la VI paire gauche ; il y a du nystagmus paralytique. La cécité est causée par une stase papillaire très prononcée.

Examen ophtalmoscopique, pratiqué par Dupuy-Dutemps montre saillie très nette de la papille, avec aspect radié caractéristique. Vaisseaux retiniens recouverts autour de la papille par des exsudats grisâtres qui les cachent par place.

Du côté droit, bien que l'acuité visuelle soit normale ainsi que le champ visuel, on constate une stase papillaire pareille à celle de l'œil gauche.

Une ponction lombaire fut pratiquée dès l'entrée de la malade dans le service. Liquide clair, lymphocytose discrète.

10 jours après la ponction, la malade voit de son œil gauche les doigts à 20 cent., alors qu'elle ne distinguait pas avant le jour et la nuit. Le 4 mai acuité visuelle = $1/2$.

18 mai. — A. V. = $2/3$.

15 novemb. — A. V. = normale.

L'examen ophtalmoscopique montre papille normale dans les deux yeux.

Babinski a également rapporté des cas de guérison dans les méningites cérébro-spinales. (1).

(c) **Méningites Syphilitiques**

OBSERVATION VII

In thèse MERLE (Résumée).

Syphilis cérébro-spinale. Hypertension intra-crânienne. Ponction lombaire. Traitement mercuriel. Guérison.

Mme B. âgée de 35 ans. Sujette aux migraines, se marie à 34 ans. Son mari avoue la syphilis; le chancre date de deux ans avant le mariage. Il n'eut pas d'accidents depuis son mariage. L'affection débuta brusquement en mai 1909 par de la céphalée très violente, toute différente des migraines dont elle souffrait souvent, par des vomissements sans effort, des vertiges qui la font tomber plusieurs fois dans la rue, on fut obligé trois fois de la ramener chez elle. Au bout de quinze jours elle est obligée de s'aliter. Pendant trois mois elle souffre de céphalée continue, jour et nuit, l'empêchant de dormir; les analgésiques sont sans effet. Elle vomit tous les jours, souvent plusieurs fois par jour. Les vertiges la font tomber quand elle essaie de marcher.

(1) BABINSKI, *Société médicale des Hôpitaux*, 1902.

La vue se trouble et devient de plus en plus mauvaise. Pas de diplopie.

Le 15 septembre elle entre à la Salpêtrière. Céphalée atroce, vomissements, torpeur, constipation. Pas de raideur de la nuque ni de Kernig.

Examen ophtalmoscopique indique une stase papillaire bilatérale. V — 1/3 à droite et à gauche. Ptosis droit très léger. Pas de diplopie et pas de nystagmus.

Le 17 sept. *Ponction lombaire*. Lymphocytose.

Le 18. — *Traitement mercuriel*. Cyanure de mercure intra-veineux, piqûres de biodure.

Le 25. — Amélioration manifeste. Céphalée diminue progressivement. Vomissements ont cessé. La stase papillaire a beaucoup diminué. L'acuité visuelle est revenue presque à la normale du côté gauche.

Malade sort le 15 octobre complètement guérie.

OBSERVATION VIII

BABINSKI et J. CHAILLOUS : (*Annales d'oculistique*) juillet 1907

Névrite optique bilatérale. Paralysie du droit externe gauche. Méningite syphilitique probable. Ponctions lombaires. Disparition rapide de l'œdème des papilles.

Mademoiselle G..., âgée de 24 ans, nous est envoyée le 18 mai 1906. Elle se plaint de troubles de la vue, de vertiges et de troubles gastriques.

L'étude des antécédents montre une syphilis acquise des plus probables.

Les pupilles sont inégales, la droite plus grande que la gauche, mais elles ont leurs réactions normales.

L'examen ophtalmoscopique montre une névrite œdémateuse bilatérale des plus nettes. A droite il existe une hémorragie en flamme au niveau de la papille. A droite et à gauche, acuité visuelle normale et champ visuel normal. Les troubles de la vue qu'accusent la malade sont dus à une diplopie causée par la paralysie du moteur oculaire externe gauche.

1^{er} juin 1906. La ponction lombaire faite dans les jours qui suivirent notre premier examen, montre une lymphocytose des plus nettes du liquide céphalo-rachidien. Depuis la diplopie persiste, mais les vertiges ont diminué et la marche est plus facile. Il y a une amélioration très nette de l'œdème des deux papilles ; à droite l'hémorragie a disparu. Les pupilles sont à peu près de même dimension. Il a été fait à la malade une injection quotidienne de biiodure d'hydrargyre.

8 juin. Les papilles sont de plus en plus nettes, mais la diplopie persiste. P D > P G.

15 juin. Il a été pratiqué une nouvelle ponction lombaire (du 7 au 15). Les papilles sont presque normales. La malade ne voit plus double ; elle descend facilement les escaliers. Mais la recherche de la diplopie à l'aide du verre rouge montre que la paralysie du moteur oculaire externe existe toujours. Les pupilles sont égales.

22 juin 1906. — Les papilles sont normales : la paralysie du moteur oculaire externe a disparu.

27 juillet. — Depuis une quinzaine, hémiplegie gauche ayant débuté brusquement sans symptômes prémonitoires. Les pupilles sont de nouveau inégales. La pupille droite est plus large que la pupille gauche. Aucun autre trouble de l'appareil de la vision. Les pupilles sont normales il n'y a ni diplopie, ni hémianopsie.

Ainsi que le montrent les cas 7 et 8, la ponction lombaire détermine dans la syphilis méningée une amélio-

ration rapide des phénomènes d'hypertension. La céphalée et l'amblyopie s'amendent très vite, après une ou plusieurs évacuations ; l'œdème de la papille regresse plus lentement, mais dans les deux observations précédentes, il avait disparu au bout d'un mois : un traitement mercuriel approprié ayant permis d'enrayer l'évolution de la maladie. Ravaut a rapporté des cas semblables terminés par la guérison. « De pareils faits, dit Velter, encouragent à pratiquer systématiquement la ponction chez des syphilitiques présentant les accidents oculaires des méningites basilaires. »

(4) **Méningites Tuberculeuses**

M. **Dupuy-Dutemps** (1), étudiant les causes de l'absence très fréquente de stase papillaire dans les méningites tuberculeuses, malgré l'hypertension intra-crânienne, a constaté que dans tous les cas qu'il a examinés, il existait des exsudats inflammatoires de la base, se prolongeant dans les gaines optiques dont ils provoquaient l'oblitération. La tension intra-crânienne ne pouvant pas se transmettre à la cavité de la gaine du nerf optique, la stase papillaire ne se développe pas.

Sur 35 cas ainsi observés M. Dupuy-Dutemps n'a constaté la stase que 3 fois, or dans ces cas là, les exsudats de la base faisaient défaut et les espaces sous-arachnoïdiens étaient libres.

(1) *Société française d'Ophthalmologie*. Séance du 9 mai 1909.

La ponction lombaire est donc indiquée, en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, elle pourra amener une régression de la stase ; mais comme le processus méningé causal n'est pas susceptible de guérir, l'œdème papillaire se reproduit et la rachicentèse n'a qu'une valeur palliative purement symptomatique.

(e) **Epanchements intra-craniens**

Tuffier a pensé que les ponctions lombaires peuvent acquérir une valeur thérapeutique réelle dans les syndrômes d'hypertension consécutifs aux hémorragies intra-crâniennes. Il s'est demandé si la décompression des centres nerveux, que l'on cherche à obtenir par la trépanation, ne peut s'acquérir par la soustraction abondante du liquide céphalo-rachidien ; que la compression du cerveau soit produite par l'action mécanique de l'hémorragie, ou comme le prétend **Guinard**, par l'irritation déterminée par le sang, véritable corps étranger, amenant une réaction méningée et un afflux diapédétique d'éléments leucocytaires de défense.

OBSERVATION IX

BABINSKI et CHAILLOUS : *Annales d'oculistique* juillet 1907

*Troubles oculaires après une chute sur la tête. Ponction lombaire
Guérison*

M. C..., lithographe, vient consulter le 27 mars 1905 à l'hôpital

Lariboisière pour un trouble de la vision surtout marqué à l'œil gauche. Cinq semaines auparavant, le malade en faisant de la barre fixe, tomba sur la tête. Il perdit connaissance et fut transporté chez lui en voiture. Pendant le trajet, il eut des vomissements hémorragiques. Il n'aurait pas rendu de sang ni par le nez ni par les oreilles. Les vomissements continuèrent pendant un jour. Le malade resta dans le coma pendant une période de neuf jours après laquelle, se manifesta une tendance à l'amélioration. Peu à peu, M. G..., reprit conscience. Il put se lever vers le 15 mars, il se plaignit aussitôt de violents maux de tête à maxima dans les régions temporales et occipitale. Le jour où il se leva, il eut des vertiges, s'aperçut qu'il voyait très trouble qu'il avait sans cesse un brouillard devant les yeux et que ce brouillard était surtout épais devant l'œil gauche. Ces troubles persistant et empêchant le malade de reprendre ses occupations, il vient consulter à ce sujet.

Examen des yeux. — OD + 1,50. V = 12 opt ; OG + 2. V = 9 opt. Des deux côtés le champ visuel est normal.

Pupilles normales. Fond de l'œil des deux côtés ; les papilles sont rouge foncé, leurs bords sont flous ; les veines dilatées et sinueuses, les artères filiformes en partie noyées dans le flou des bords de la papille.

Au-dessus de la papille de l'œil gauche, on constate une tache hémorragique en forme de flammèche. La mobilité du globe est normale, et le malade n'a jamais accusé de diplopie.

M. G. vient quelques jours après à la Pitié : Les signes de compression n'ont pas changé. Par la *Ponction lombaire* on retire 15 cent. cub. de liquide céphalo-rachidien. Le jet n'est pas très fort. Le liquide n'est pas teinté et ne contient aucun élément figuré. Le malade est reconduit à son domicile où il reste couché pendant quelques jours.

Le 11 avril le malade revient à la consultation. Les maux de tête si violents, qui existaient avant la ponction, ont presque disparu. Ils avaient diminué aussitôt après la ponction. L'acuité vi-

suelle de l'œil gauche qui était de 9 opt est aujourd'hui de 11 opt, il persiste un peu de brouillard devant cet œil. L'hémorragie a disparu. Il n'y a plus de brouillard devant l'œil droit. Les deux papilles ont presque recouvré la netteté des papilles normales.

A la fin du mois, le malade pouvait reprendre son travail de lithographe. La vision était normale, tout symptôme objectif et subjectif ayant disparu.

Dans cette observation il s'agit vraisemblablement d'un épanchement intra-crânien consécutif à un traumatisme et ayant amené des troubles de compression.

MM. Babinski et Chaillous ont insisté sur l'importance de la ponction lombaire dans les cas de ce genre au point de vue diagnostic.

Il n'est pas extrêmement rare, en effet, de voir survenir après les traumatismes crâniens des néoplasmes des centres nerveux. Et chez ce malade souffrant longtemps encore après le traumatisme de symptômes de compression, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une complication néoplasique. Les résultats de la ponction lombaire, qui fit disparaître les maux de tête et la stase papillaire, furent contraires à ce diagnostic.

Abadie (1) a rapporté une observation analogue d'œdème papillaire survenant après un traumatisme crânien et guéri par une seule évacuation de liquide céphalo-rachidien.

(1) *Gaz. l'éd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, 22 fév. 1903.

OBSERVATION X (résumée).

ABAFIE.

Traumatisme crânien. Epilepsie Jacksonienne. Œdème de la papille considérable. Acuité visuelle O D = 5/8 O G = 5/12. La malade distingue à peine les personnes. Pupilles dilatées, paresseuses à la lumière et à l'accommodation.

Ponction lombaire. — On retire 30 cc. de liquide sous tension. Dès le lendemain la malade lit les caractères d'imprimerie à 50 centimètres. Peu à peu la vision s'améliore avec les céphalées, les pupilles réagissent normalement. Cinq mois après, examen ophtalmoscopique montre l'intégrité du fond de l'œil.

(f). **Insolation**

On a signalé des stases papillaires à évolution longue et traînante s'accompagnant des céphalées rebelles et d'obnubilation intellectuelle. La ponction lombaire les améliore rapidement. C'est là le seul traitement qui leur sont applicable : elle agit sur les symptômes oculaires avec la même netteté que sur les autres troubles fonctionnels. (**Ravaut, Gastinel et Velter** (1).

(g) **Hydrocéphalie**

De même que dans les autres syndrômes d'hypertension intracrânienne sans tumeur, la stase papillaire, sur-

(1) RAVAUT, GASTINEL et VELTER. La Rachicentèse. *L'œuvre médico chirurgicale*, mai 1910.

tout si elle est récente, est ici encore très améliorée par la rachicentèse. On est généralement obligé de pratiquer plusieurs ponctions, après lesquelles on voit, en même temps que l'état général redevient meilleur, une regression de l'œdème de la papille et des troubles oculaires.

Si la névrite est ancienne, et la pupille en voie d'atrophie, il est évident que l'évacuation de liquide n'aura plus d'effet sur les phénomènes oculaires. Cependant dans l'observation suivante de MM. **Babinski** et **Chail-lous** bien que la névrite eut débuté huit mois avant le moment où furent pratiquées les ponctions, on constata une disparition des symptômes fonctionnels et ophtalmoscopiques.

OBSERVATION XI (résumée)

BABINSKI et CHAILLOUS. (*Annales d'Oculistique*, Juillet 1907).

Hydrocéphalie, Ponction lombaire. --- Arrêt des symptômes de compression.

Enfant R B... âgé d'un an, est amené dans le service de l'un de nous pour des troubles nerveux et de l'hydrocéphalie. La névrite optique fut constatée 8 mois auparavant par M. Chevalereau. L'examen ophtalmoscopique assez difficile à pratiquer, montre une névrite optique double avec pâleur de la papille. En trois mois on fit quatre ponctions lombaires. Les parents crurent remarquer une amélioration dans l'état général de l'enfant qui fut moins agité et dormit mieux. Il sembla également que la névrite optique avait plutôt diminué et que du côté gauche

surtout, la papille avait repris sa netteté. Ajoutons que, malgré l'absence de lymphocytose et de tout antécédent, on fit à l'enfant des frictions mercurielles. L'enfant n'a pas été revu.

Parfois l'hydrocéphalie n'est qu'un symptôme d'une tumeur cérébrale. Le résultat thérapeutique de la rachicentèse est alors tout autre comme le montre cette observation de **Chipault**.

OBSERVATION XII

CHIPAULT (*in Thèse Vallée*. Paris 1895-96).

Hydrocéphalie, Tumeur cérébelleuse probable. -- Quatre ponctions lombaires : la dernière, résultat nul.

Enfant de 3 ans atteint d'une hydrocéphalie due très probablement à une tumeur cérébelleuse. Trois ponctions faites à 8 jours d'intervalle font disparaître pendant un mois la céphalée et le coma et diminuent la névrite optique. Une quatrième ponction n'eut pas de résultat, et l'enfant ne fut pas ramené.

II. — Tumeurs Cérébrales

Depuis une quinzaine d'années, la ponction lombaire a été pratiquée un grand nombre de fois, surtout en France et en Allemagne, comme traitement de la stase papillaire et des autres symptômes de tumeurs cérébra-

les. Les résultats obtenus ont été extrêmement variables, et les auteurs ont formulé sur la valeur thérapeutique de la ponction des jugements très différents.

Dans certains cas il a suffi d'une seule ponction rachidienne pour produire très rapidement une amélioration équivalent à une guérison. Dans l'observation **Pitres** et **Abadie**, l'œdème de la papille a regressé et la vision est redevenue normale dans les quelques jours qui ont suivi une évacuation de 25 cent. cubes de liquide. Quatre mois plus tard la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XIII (résumée).

PITRES et ABADIE *Journal de Médec. de Bordeaux* (24 mars 1901).

Tumeur cérébrale. Ponction lombaire. Disparition de la céphalée et de la névrite optique après évacuation du liquide céphalo-rachidien.

Marguerite C..., ménagère, âgée de 42 ans, entre à l'hôpital St-André le 16 janvier 1901 pour des maux de tête continus et violents.

Aucun détail intéressant n'est à signaler dans ses *antécédents héréditaires*.

Dans ses *antécédents personnels* on note une rougeole à l'âge de deux ans et de fréquentes convulsions vers l'âge de 7 à 8 ans. Elle est réglée à 9 ans et dès l'âge de 15 ans apparaissent aux époques menstruelles des accès de migraine. A vingt ans elle se marie et a dans la suite quatre enfants, tous en vie aujourd'hui et bien portants. A vingt-cinq ans, elle est atteinte à

la suite d'une station prolongée au soleil, d'une légère insolation. Les accès migraineux disparaissent pendant deux ou trois ans, puis reparaissent au bout de ce temps et se montrent désormais périodiquement chaque mois au moment des règles.

Vers le 7 janvier dernier, il y a environ trois semaines, à la suite d'un accès de migraine, la céphalalgie persista et prit rapidement des caractères différents et une intensité remarquable. Ces maux de tête devinrent continus, accablant la malade le jour et la nuit et d'une violence telle que cette dernière se décida à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel le 1^{er} février. — La malade légèrement amaigrie est couchée en chien de fusil. Fuyant la lumière, elle parle d'une voix éteinte et reste dans l'immobilité la plus complète, le moindre mouvement provoquant un redoublement d'intensité de la céphalée. Cette céphalée très vive, est étendue à toute la tête: (sensations de multiples pointes de feu pénétrant dans l'intérieur de la peau) particulièrement au niveau des régions temporales et occipitale. Elle est continue, avec paroxysmes fréquents dans la journée et exacerbation nocturne. La lumière, le bruit, l'action de parler, les mouvements sont autant de causes de paroxysmes nouveaux. Pas d'hyperesthésie cutanée ni de déformations appréciables des os du crâne.

La succussion de la tête est si douloureuse que la malade pousse des gémissements et supplie de cesser cette manœuvre. Les mouvements de la tête sur le tronc sont impossibles à provoquer, la malade immobilisant fortement la tête et le cou sur les épaules, afin d'éviter les exacerbations que procurent la moindre tentative de ce genre.

Examen des yeux. — La moindre pression des globes oculaires détermine un retrait brusque de la tête en arrière, la malade accusant ainsi une hypéralgésie oculaire très vive. Pas de paralysie, pas de nystagmus spontané ou provoqué. Les pupilles sont inégales. Pupille gauche plus grande que du côté droit.

Réflexes pupillaires à la lumière et à la douleur sont totalement abolis. A l'accommodation les réflexes existent, mais pupille gauche se contracte plus faiblement que la droite. A V. $\approx 3/4$ pour œil droit et gauche. Le champ visuel est rétréci à 60°. La vision des objets est trouble.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. Badal donne :
O. D. contours de la papille diffus. Légère congestion veineuse
O. G. Œdème papillaire accentué. Contours de la papille diffus.
Congestion veineuse intense, et saillie des vaisseaux, donc névrite optique par stase.

La force musculaire est conservée.

La sensibilité est normale dans tous ses modes et en tous les points du corps.

Réflexes normaux.

Perte de l'appétit. Vomissements fréquents surtout glaireux.
Constipation opiniâtre.

On n'a jamais constaté d'élévation de température. Dès son entrée à l'hôpital, la malade a été soumise à un traitement mercuriel sévère. On lui a fait pendant douze jours des injections intra-musculaires d'huile bi-iodurée gâicoolée. Les résultats ont été nuls.

Le 20 février, on pratique une ponction lombaire. Le liquide s'écoule facilement, absolument limpide ; on en retire 25 cent. cubes. Après quelques minutes la malade est placée dans la station assise ; elle se plaint bientôt d'une céphalée plus vive et une petite syncope avec pâleur de la face, affaiblissement du cœur, ralentissement du pouls et de la respiration ; ces phénomènes disparaissent rapidement. La malade transportée dans son lit est prise aussitôt de nausées pénibles avec efforts et vomissements, qui durent pendant une heure environ.

Dès le soir, les céphalées s'atténuent, la malade goûte un peu de repos dans la nuit. Le lendemain les douleurs de tête sont tout à fait calmées.

Quatre jours après la ponction lombaire le malade était dans le calme le plus complet. Le sommeil n'est plus troublé que par quelques rêves rares et peu pénibles. L'appétit est revenu quelque peu, il n'existe plus de vomissements, la constipation persiste cependant toujours.

25 février. Réflexes normaux. — Hyperalgésie foculaire à la pression a disparu, la sensibilité profonde des deux yeux est redevenue normale ; la vision des objets est nette et ne cause plus aucune gêne à la malade. Le champ visuel reste rétréci concentriquement à 70°.

19 mars. Aucune modification à signaler, mais la malade s'amaigrit, sa physionomie reste fatiguée, son teint pâle ; l'examen du fond de l'œil montre une intégrité absolue de la papille droite ; la papille gauche elle-même est à peu près normale, elle présente à peine un léger trouble sans la moindre trace d'œdème.

Trocme (1) dans sa thèse a réuni un certain nombre de cas de tumeurs cérébrales dont les symptômes, en particulier la stase, furent améliorés après une seule ponction lombaire. Parmi eux nous rappellerons les observations de : **Schneyder, Donath, Dor et Jaboulay, Frenkel.**

OBSERVATION XIV

SCHNEYDER (*in Thèse Bordeaux, 1908*)

Tumeur cérébrale avec neuro-rétinite hémorragique et stase papillaire des deux côtés. Ponction lombaire. Écoulement rapide de 7 cent. cubes. Au bout de 12 jours, amélioration considérable de la vue.

(1) TROCME. *De la Thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'Encéphale.* Th. Paris, juin 1909.

OBSERVATION XV

DONATH : *Wiener med. Wochenschr.*, 1903, p. 2306

Tumeur cérébrale probable. Stase papillaire bilatérale très accentuée. Ponction lombaire. Vingt-deux jours après la ponction la vision réduite auparavant à 5/7 est revenue à la normale, la stase papillaire est en régression.

OBSERVATION XVI

DOR et JABOULAY : *Société des sciences méd. de Lyon* 1902 ;
Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie 1902, n° 44.

Tumeur cérébrale. Stase papillaire très nette avec troubles prononcés de la vision. Ponction lombaire.

Disparition immédiate de l'œdème de la papille et retour à la normale de la vision. Au bout de 7 ans, retour des troubles. Trépanation palliative ; nouvelle amélioration.

OBSERVATION XVII

FROENKEL (*Berlin Klin. Wochenschr.* 1895)

Deux cas de tumeur cérébrale probable avec stase papillaire bilatérale. Amélioration considérable de la vue après une seule ponction. Régression progressive de la stase.

OBSERVATION XVIII

SCHUSTER : *Die ophthalmologische Klinik* 1901 p, 60. citée in
Druault mémoire inédit adressé à la société d'oph-
talmologie 1902. citée in-thèse Trocmé, 1909

*Tumeur cérébelleuse. Ponction lombaire. Amélioration rapide de
la vision. Diminution de la stase papillaire*

Fillette de 10 ans présentant signes d'une tumeur du cervelet avec une papillite en voie d'atrophie. Ponction lombaire (40 cc. de liquide) quelques heures après, l'enfant remarquait d'elle même qu'elle distinguait les détails des fenêtres qu'elle n'avait pu voir auparavant. A l'examen ophtalmoscopique la stase était moindre qu'avant l'opération à gauche et non à droite. La vision s'améliore dans les jours suivants. L'enfant quitte l'hôpital dix-huit jours après la ponction, elle ne fut pas revue.

En présence de résultats thérapeutiques aussi beaux, on doit se demander si dans tous ces cas, il s'agissait bien de tumeur cérébrale.

Dans aucun de ceux rapportés par **Trocmé**, le diagnostic n'a été vérifié ultérieurement par l'autopsie ou par les suites éloignées.

De son côté **Frœnkel** ne pose pas de diagnostic ferme : « On sait, dit-il, combien il peut être difficile de distinguer, dans certains cas, une tumeur cérébrale d'une méningite ou d'une encéphalite.

Beaucoup plus fréquemment, les effets thérapeutiques

de la ponction lombaire ne furent que palliatifs. A la suite d'une première évacuation de liquide, si les symptômes visuels de la stase sont peu accentués, on constate une amélioration de l'acuité visuelle, et le champ visuel s'élargit. Mais ce résultat ne se maintient que pendant un temps assez court, après lequel, les troubles reparaissant, on est amené à répéter les ponctions, parfois un assez grand nombre de fois, comme chez le malade des **Widal et Digne** auquel 17 ponctions furent faites en quatre mois.

OBSERVATION XIX

WIDAL et DIGNE. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 23 oct. 1903.)

Tumeur cérébelleuse probable. Œdème papillaire bilatéral très marqué. Diminution de l'acuité visuelle. Ponctions lombaires répétées. Après chaque ponction disparition des phénomènes d'hypertension et diminution très nette de la stase. Retour des accidents nécessitant de nouvelles ponctions. 17 ponctions furent pratiquées en 4 mois. Amblyopie persiste. Suppression des céphalées.

MM. **Babinski** et **Chaillous** ont rapporté un cas semblable. Chez un malade de leur service 8 ponctions répétées en l'espace de six mois, amenèrent un arrêt et même une régression des troubles oculaires et de l'œdème de la papille.

OBSERVATION XX

BABINSKI et CHAILLOUS (*Annales d'oculistique*) juillet 1907.

*Tumeur cérébrale. Névrite optique bilatérale. Ponctions lombaires.
Arrêt pendant plusieurs mois des troubles oculaires.*

M. X. vient consulter en mai 1904 pour une hémiparésie droite compliquée de troubles de la parole. Le diagnostic porté est celui de ramollissement de la zone psycho-motrice de l'écorce de l'hémisphère gauche et de la circonvolution de Broca. Pendant les trois mois suivants, il se produit plusieurs accès d'épilepsie jacksonienne du côté droit commençant par les muscles de la face, gagnant ensuite le membre supérieur, puis le membre inférieur. Pendant une période de plusieurs mois le malade est soumis au traitement mercuriel. Son état tantôt s'améliore, tantôt s'aggrave. A plusieurs reprises on a l'impression que le traitement est efficace. En décembre 1904 la situation s'est considérablement aggravée, l'abattement est plus prononcé. L'hémiparesie est plus marquée, mais la céphalée et les nausées font défaut et M. Parinaud ne constate aucune modification du fond de l'œil. Une intervention chirurgicale est déconseillée par deux médecins consultants qui sont d'avis que le diagnostic de néoplasme cérébral, en raison de l'absence des nausées, de céphalée et de névrite optique est peu vraisemblable. Le traitement hydrargyrique est continué. De décembre 1904 à octobre 1905 la situation du malade s'améliore et s'aggrave plusieurs fois.

En octobre, l'examen du fond de l'œil pratiqué par l'un de nous, fit constater la présence d'une névrite œdémateuse double typique coïncidant avec une diminution de l'acuité visuelle.

Cette diminution était peu marquée, puisque le malade arri-

vait à lire assez facilement les caractères moyens de son journal.

D'Octobre 1905 à mai 1906. Il fut pratiqué 7 ou 8 ponctions lombaires (le liquide céphalo-rachidien a toujours été normal) et pendant toute cette période les troubles oculaires ne s'aggravèrent pas. Il y eut même des diminutions passagères de l'œdème des papilles.

En mai 1906, il y a augmentation nette de la névrite œdémateuse avec diminution de l'acuité visuelle.

La trépanation est pratiquée le mois suivant. Elle fit constater la présence d'une tumeur sous-dure-mérienne comprimant les centres psycho-moteurs de la face et du membre supérieur. La tumeur facilement énucléable pesait 310 grammes. Immédiatement après l'opération le malade eut une syncope et mourut.

M. de **Lapersonne** à l'occasion d'un rapport au Congrès de la Société française d'ophtalmologie, (1903) cite le cas d'une malade âgée de 36 ans avec papille de stase des deux côtés et syndrome de tumeur cérébrale. La ponction lombaire améliora tous les phénomènes et la malade réclama à plusieurs reprises une nouvelle ponction.

Très souvent on constate que si la vue s'améliore après chaque ponction, les symptômes ophtalmoscopiques ne se modifient pas. La dilatation veineuse diminue peut-être un peu, mais les papilles restent saillantes. Puis l'amblyopie réapparaît, les phénomènes d'hypertension augmentent, l'action de la rachicentèse est devenue insuffisante et de par les progrès de la tumeur, l'échéance fatale survient.

Parfois, si l'évolution est rapide, les troubles oculaires

n'ont pas le temps d'aller jusqu'à la perte totale de la vision, mais il se produit parfois des périodes d'accalmie pendant lesquelles la névrite œdémateuse fait des progrès rapides et aboutit à l'atrophie papillaire.

OBSERVATION XXI

SCHNEYDER (in thèse Trocmé, Paris 1909)

Tumeur cérébrale probable. — Stase papillaire bilatérale. — Ponction lombaire répétée deux fois. — Amélioration de la vue sans modification ophtalmoscopique

Homme de 33 ans, atteint depuis 10 ans de crises épileptiformes accompagnées de céphalées. Maux de tête sont devenus continuels, avec exacerbations paroxystiques fréquentes. Vomissements. La vue a baissé depuis un an. Exophtalmie à droite. Papillite œdémateuse plus marquée à droite. Malade hébété.

Ponction lombaire. — (25 cc. de liquide clair sous forte pression). « A la fin de l'opération, le malade, qui ne distinguait plus rien, reconnaît les personnes qui l'entourent et peut compter les doigts à un mètre ». L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune modification. Amélioration dure 3 jours puis troubles s'accroissent de nouveau.

Deuxième ponction, mais la vue ne s'améliore pas. Les troubles mentaux s'aggravent. Le malade est envoyé dans le service du docteur Régis.

Charvet et **Bancel** ont publié dans *Lyon médical* (avril 1904) une observation analogue.

OBSERVATION XXII

CHARCOT et BANCEL

Tumeur cérébrale. Ponction lombaire. Amélioration pendant huit jours. Diminution de la prostration et de la céphalée. Augmentation de l'acuité visuelle sans grande modification ophtalmoscopique. Mort le neuvième jour.

OBSERVATION XXIII

SCHNEYDER : (Th. Bordeaux, 1908, citée par Trocmé.

Th. Paris 1909).

Femme de 43 ans présentant syndrome d'hypertension avec baisse très rapide de la vision et cécité presque complète, la malade peut à peine compter les doigts.

Examen ophtalmoscopique. — Montre stase papillaire des deux côtés avec congestion marquée et début d'atrophie,

Ponction lombaire. — Evacuation de 10 cent. cubes de liquide clair sous forte pression. Gros mononucléaires.

Amélioration consécutive manifeste. Céphalée diminue. Vomissements moins fréquents. Augmentation notable de l'acuité visuelle.

Au bout de 3 mois. — Retour des phénomènes d'hypertension.

Nouvelle ponction. — Nouvelle accalmie. Puis reprise des accidents qui s'aggravent soudain. Coma. Mort.

Autopsie. — Tumeur de la glande pituitaire.

OBSERVATION XXIV

Morssous (In Schneyder. Th. Bordeaux. 1908. —
Citée. in. Trocmé. Th. Paris 1909)

Tumeur cérébrale probable. Ponction lombaire. Atténuation des douleurs. Amélioration de la vision. Aggravation des troubles. Nouvelle ponction. Action nulle sur la stase papillaire.

Enfant de douze ans, présentant phénomènes d'hypertension : céphalée, vomissements, vertiges, s'accompagnant de troubles de la vue et de bourdonnements d'oreille. On constate une névrite optique double avec œdème des papilles surtout accentuée à gauche.

Ponction lombaire. Liquide s'écoule sous forte pression. A la suite de la ponction la céphalée diminue, vomissements s'espacent. La vue s'améliore.

17 jours après, troubles reprennent, la vue baisse rapidement au point que bientôt l'amaurose est complète.

Un mois après la ponction. Crise convulsive, et perte de connaissance.

Deuxième ponction lombaire. — (5cc sous faible pression). Le lendemain la céphalée disparaît de nouveau, les vomissements cessent mais l'amaurose reste complète.

Par la suite l'état général s'aggrave.

Pérol dans sa thèse a également rapporté des faits semblables, recueillis dans le service de Babinski.

OBSERVATION XXV

PÉROL : th. Paris 1907).

Tumeur cérébelleuse sans céphalée. Ponction lombaire. Diminution très marquée des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Deuxième ponction : aucune modification des troubles et de la névrite optique. Amaurose par atrophie papillaire. Mort après dix-huit mois de maladie.

OBSERVATION XXV

(In thèse PÉROL)

Syndrome de tumeur intra-cranienne, céphalées, névrite œdémateuse. Quatre ponctions lombaires en dix jours. Action remarquable mais passagère sur la céphalée — nulle sur la névrite —. Mort après vingt-cinq jours d'hôpital. Pas d'autopsie.

Dans les stases anciennes très accusées avec cécité plus ou moins complète, l'effet de la rachicentèse est, ainsi que le montrent les observations précédentes, en particulier celles de **Schneyder**, et **Moussous** et de **Pérol**, le plus souvent sans effet. L'amélioration, lorsqu'elle existe, est très passagère, puis la névrite œdémateuse fait des progrès rapides et aboutit à l'atrophie papillaire.

Enfin il arrive parfois que l'évacuation du liquide rachidien ne donne aucun résultat thérapeutique même temporaire.

MM. **Babinski** et **Chaillous** ont constaté plusieurs faits de ce genre. « Chez plusieurs de nos malades, atteints de tumeur cérébrale, que nous avons observés à l'Hôpital de la Pitié, la ponction lombaire, n'a pas amené de modifications appréciables même momentanées dans les symptômes oculaires de compression intra-cranienne qu'ils présentaient. Dans les cas où le diagnostic est douteux, cette persistance de la névrite optique plaide en faveur de l'existence d'une tumeur intra-cranienne. »

Un cas à peu près semblable s'est présenté dans le service du Professeur **De Lapersonne**, tout dernièrement.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Il s'agit d'une malade ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a eu une otite double à cinq ans.

En janvier 1911, elle est prise de céphalée occipitale, de vertiges, de douleurs dentaires très violentes au point qu'elle se fait arracher plusieurs dents du côté gauche. De plus elle n'entend pas de son oreille gauche.

Le 13 avril, elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu pour des troubles visuels et auditifs, dans le service du Professeur De Lapersonne.

M. Gellé constate de la sclérose des deux tympans et une surdité absolue à gauche.

L'examen des yeux montre seulement du nystagmus oscillatoire quand elle regarde à gauche.

Elle présente en outre du côté gauche de la parésie faciale-

de la parésie et de l'hypoesthésie dans le domaine du Trijumeau. L'odontalgie a disparu. Lorsqu'on lui fait fermer les yeux, le signe de Romberg est manifeste et elle est entraînée vers la gauche.

La ponction lombaire est négative au point de vue des éléments figurés mais détermine une amélioration et une diminution de la céphalée.

Le 7 mai. — On constate pour la 1^o fois la stase papillaire. (l'examen ophtalmoscopique pratiqué tous les jours précédents montrait une papille normale), la céphalée augmente et devient très intense.

Acuité visuelle. O G 3/10 O D 4/10.

Une ponction lombaire pratiquée le même jour ne donne aucun résultat.

Les phénomènes augmentent. La VI paire est prise.

MM. De Lapersonne et Sicard constatent en outre de la parésie de la langue. Paralyse du voile du palais. Les réflexes jusque là normaux sont augmentés. Signe de Babinski. Ils portent le diagnostic de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux du côté gauche.

Le 9 mai. — On propose la craniectomie décompressive.

Le 10 Mai. — La malade meurt à 10 h. du matin.

Autopsie. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. L'examen histologique fait par M. Velter montre qu'il s'agit d'un gliôme.

En dehors de l'évolution extrêmement rapide de la tumeur, cette observation offre ce fait intéressant que l'acuité visuelle baissa considérablement dès l'apparition de stase et ne fut pas améliorée par la ponction lombaire. Elle permet en outre de constater une fois de plus, que loin d'être un des premiers symptômes en

date, la stase papillaire n'apparaît souvent que très tard dans l'évolution des tumeurs cérébrales.

En résumé, dans les tumeurs cérébrales, si l'œdème de la papille est récent et peu accentué, l'amélioration est possible à la suite d'une première ponction ; les symptômes fonctionnels regressed, le malade voit mieux et son champ visuel s'élargit. L'amélioration se produit un temps variable après l'évacuation du liquide « chez un de nos malades, dit Velter, l'amélioration s'est produite très brusquement pendant l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ». Le plus souvent ce n'est que le lendemain ou le 3^e jour que l'on constate un résultat thérapeutique. Ce résultat est de durée variable, peu à peu les troubles reparaissent et s'accroissent et il faut pratiquer de nouvelles ponctions qui sont généralement interrompues par la mort du malade. Si la stase papillaire est ancienne, très accusée, accompagnée de cécité plus ou moins complète par atrophie optique, il n'a plus rien à attendre du traitement par la rachicentèse.

Dans les tumeurs cérébrales comme dans tous les autres syndromes d'hypertension intra-crânienne, il est donc absolument nécessaire de rechercher systématiquement et fréquemment la stase papillaire afin d'instituer dès son apparition un traitement décompressif.

La stase papillaire au début, en effet, n'est pas une névrite, il n'y a pas de lésion du nerf optique mais simplement hydropisie des gaines ; la vue n'est pas tou-

chée, le champ visuel est normal. Des ponctions faites à ce moment là, par leur action décompressive, peuvent déterminer un retour rapide et complet du nerf à l'état normal.

Si l'on attend l'apparition des troubles visuels, il est déjà trop tard, la compression du nerf a déterminé l'apparition de lésions de névrite qui évolueront vers l'atrophie. La ponction lombaire pourra guérir la stase, améliorer la vue, mais elle n'aura aucun effet sur les lésions définitivement constituées.

III. — **Dangers de la ponction lombaire.**

Précautions à prendre

Nombreux sont les partisans de la ponction lombaire qui font valoir les avantages de cette méthode.

En enlevant du liquide, disent-ils, la rachicentèse agit à la fois en produisant une décompression et en éliminant des toxines.

De plus, son action est rapide.

Son renouvellement facile.

Elle apporte au diagnostic des indications utiles. Enfin son application est sans danger.

Ce dernier argument en faveur de la ponction rachidienne ne semble pas avoir été adopté par tous les médecins qui ont pratiqué cette méthode.

Bien plus, certains auteurs conseillent de ne se servir de la rachicentèse qu'avec prudence, certains autres se méfient d'elle. Il y en a même qui vont jusqu'à la condamner. A l'occasion d'une communication à la Société de Médecine Interne de Berlin (15 nov. 1897), **Kronig** après avoir relaté des accidents survenus à la suite de ponction lombaire, concluait ainsi : « Je considère, pour ma part, la ponction lombaire comme une opération dangereuse et j'estime qu'il y a lieu, en tout cas, de ne la pratiquer qu'en prenant les plus grandes précautions. »

On a signalé en effet des accidents fort nombreux survenus à la suite d'évacuation de liquide rachidien.

Parfois les malades n'ont ressenti que des phénomènes passagers, constitués par des secousses trépidatoires et des douleurs dans les jambes, qui disparurent rapidement et qui semblent dus à la compression des nerfs de la queue de cheval.

Mais souvent, on voit survenir 24 heures après la ponction des maux de tête, des nausées, des vomissements, des vertiges, des convulsions, qui, dans les cas favorables, disparurent au bout de quelques jours comme dans un cas de **De Ridder** et **Hennebert**, mais qui fréquemment furent suivis de mort.

Furbringer, **Lichtheim**, **Kronig** ont relaté des cas de ce genre où la rachicentèse fut suivie d'une terminaison fatale.

Trocmé a recueilli trente-cinq observations où les malades, porteurs de tumeurs de l'encéphale, sont morts le jour même ou le lendemain de la ponction. Dix-sept

fois il s'agissait d'une tumeur intéressant le cervelet, le bulbe ou la région bulbo-protubérantielle.

Minet et Lavoix (1) ont également réuni trente-quatre cas identiques dont vingt-sept se rapportent à des tumeurs.

Bien nombre d'auteurs ont cherché à interpréter ces faits.

Certains n'ont vu entre la rachicentèse et le dénouement brusque qu'un simple rapport de coïncidence et non de causalité (**Braun**) (2). D'autres ont pensé que ces cas de mort doivent être mis, au moins pour la plupart, sur le compte des imprudences commises au cours ou à la suite de la ponction : C'est, disent-ils, parce qu'on a négligé de coucher le patient pendant l'opération, ou qu'on ne l'a pas astreint à garder le repos au lit durant les jours suivants, que l'on a vu tant d'accidents se produire.

MM. De **Lapersonne** et **Cerise** ont rapporté un cas de ce genre.

OBSERVATION XXVII

DE LAPERSONNE et CERISE. (*Société de Neurologie*, 2 mai 1907).

Tumeur cérébrale. — Mort 60 heures après une ponction lombaire

Homme de 24 ans atteint d'une stase papillaire très marquée, de maux de tête et de vomissements.

(1) MINET et LAVOIX, *Mort par suite de ponction lombaire*, *Echo Médical du Nord*, 1909.

(2) BRAUN. *Semaine médicale* 1897, p. 158.

La ponction lombaire fut faite, le malade assis, et on retire 9 centimètres cubes de liquide. 24 heures après la ponction, les maux de tête s'aggravèrent.

Le lendemain, le pouls est à 40, la respiration irrégulière, la température 36°.4, et, après avoir présenté deux crises asphyxiques avec cyanose, la malade est prise d'une syncope et succombe 60 heures après la ponction lombaire.

Autopsie. — Tumeur du lobe frontal droit, du volume d'un petit œuf de poule. Il n'y avait pas de lésions méningitiques et l'examen microscopique de la moelle et du bulbe ne révèle la présence d'aucune hémorragie.

A l'occasion de cette observation, M. **Sicard** a, lui aussi, attiré l'attention sur la nécessité de ne jamais pratiquer la ponction lombaire dans la position assise ; il la pratique toujours dans le décubitus latéral et il n'a jamais eu d'accident chez ses malades atteints de néoplasme cérébral. Il pense que, dans le cas précédent, la mort doit être attribuée à des modifications trop brusques de la pression et à des raptus mésocéphaliques consécutifs.

Chez la plupart des malades morts à la suite de ponction lombaire, il s'est produit : soit une syncope brusque de la respiration, soit un arrêt des mouvements respiratoires précédé d'une courte phase de dyspnée ou de Cheyne-Stokes et le cœur a continué à battre pendant un temps variant d'une demi-heure à une heure et demie (**Trocme**). Dans quelques cas, la mort s'est présentée sous forme d'ictus apoplectiformes, ou de phénomènes comateux précédés ou non de convulsions ; parfois enfin il y eut mort subite.

De nombreuses théories ont été imaginées pour expliquer le mécanisme de ces accidents.

Pour **Fürbringer**, **Gumprecht**, **Stadelmann**, **Krœnig**, **Hübert**, il y aurait fréquemment, dans les néoplasmes intra-craniens, oblitération des communications normales qui réunissent les cavités ventriculaires aux espaces sous arachnoïdiens cérébraux et médullaires : c'est-à-dire de l'aqueduc de Sylvius, de Magendie et de Luschka.

Ces voies peuvent être obstruées ou comprimées : soit par la tumeur elle-même ou par les adhérences dues au processus irritatif. (**Laruelle**), soit par suite du refoulement vers le trou occipital du cervelet (refoulement qui est la conséquence de l'hypertension générale) (**Nolke**), soit enfin par suite d'un déplacement de la tumeur, déplacement dû à la ponction.

Il résulte de cette obstruction des voies de communication, qu'une hypertension intra-cranienne considérable peut exister sans hypertension rachidienne. Il y peut même parfois y avoir de l'hypotension.

Laruelle. (*Société de Neurologie de Liège* fév. 1906), cite un cas où il n'a obtenu à grand'peine par ponction que 2 cent. cub. de liquide sous très faible tension, alors qu'à l'autopsie il constata une hypertension intra-cranienne énorme. **Fürbringer**, **Gumprecht** ont rapporté des faits analogues.

La ponction, dans ces cas, est forcément inefficace, elle est même souvent dangereuse. **Fürbringer**, **Stadelmann**, **Hüber** admettent que le bulbe peut être com-

primé par le liquide ventriculaire dont l'hypertension par rapport au liquide sous arachnoidien est encore exagérée par suite de la rupture d'équilibre.

D'autres ont supposé que le bulbe, sous l'effet de l'aspiration, s'engage à la manière d'un bouchon dans le trou occipital où il se trouve comprimé. (**Oppenheim, Quincke, Bruns**).

Le professeur **De Lapersonne** a rapporté un cas que l'on peut citer à l'appui de cette théorie. Il s'agit d'un malade atteint de tumeur cérébrale chez lequel la ponction lombaire fut suivie de mort subite. A l'autopsie, on constata une dépression tout autour du bulbe, portant l'empreinte du rebord du trou occipital.

Beaucoup d'autres hypothèses ont été émises pour expliquer ces accidents mortels. Nous n'entrerons pas dans leur détail renvoyant à l'étude qu'en a faite **Troc-mé** (1).

Nous nous bornerons simplement à rappeler celle de **Widal** et **Sicard** qui pensent que l'évacuation du liquide aurait pour effet de laisser retomber sur le plancher bulbaire la masse du cervelet, qui ne serait plus soutenue par le matelas liquide qui l'entoure.

Citons enfin l'opinion des auteurs qui, avec **Milian** (2) **Lannois** et **Porot** rattachent les accidents consécutifs à la ponction à l'hypertension qui succéderait souvent à la détente initiale, se basant sur ce fait que la cépha-

(1) **TROCME**. -- De la thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale. Thèse Paris juin 1909.

(2) **MILIAN**. --- Le liquide céphalo-rachidien 1904.

lée et les vomissements n'apparaissent souvent que 24 à 48 heures après l'évacuation.

Quoi qu'il en soit, il semble résulter des diverses études faites sur ce point, que c'est dans les cas de tumeur bulbaire ou cérébeleuse, dans les cas de kystes échinococcique ou de cysticerque du quatrième ventricule, dans les cas enfin de néoplasme de la fosse cérébrale inférieure que la ponction lombaire est la plus dangereuse.

Il semblerait donc indiqué de ne jamais pratiquer la rachicentèse chez des malades porteurs de ces affections. Malheureusement dans l'immense majorité des cas, on est dans l'ignorance la plus complète à ce sujet. Faut-il proscrire complètement alors la ponction lombaire chez les sujets qui auront de la stase papillaire due à une tumeur cérébrale ? Il ne le semble pas.

En observant rigoureusement certaines mesures de précaution, comme l'ont conseillé MM. **Milian** et **Sicard**, on est à peu près certain de ne voir survenir aucun accident. C'est ainsi que M. **Chailloux** qui en a pratiqué un très grand nombre dans le service de M. **Babinski**, considère la ponction lombaire comme une intervention sans danger.

Ces précautions sont les suivantes :

1° Le patient devra être placé dans le décubitus horizontal, au repos au lit, pendant un certain temps avant la ponction. Celle-ci ne sera faite qu'en décubitus latéral, le malade ayant la tête un peu plus basse que les pieds.

2° L'évacuation du liquide doit être lente se faisant goutte à goutte, il est bon de la fractionner

3° Il convient de n'évacuer qu'une petite quantité de liquide : 4 à 8 cent. cubes., selon Sicard.

4° On recommandera au malade de garder sa position horizontale avec la tête plus basse durant douze heures, puis repos horizontal absolu la tête non surélevée pendant plusieurs jours.

5° Enfin il faut interrompre la ponction dans les cas où il se produit immédiatement une recrudescence marquée de douleurs, une violente céphalée frontale. D'après les auteurs allemands il faut l'interrompre également quand la pression est très faible et surtout quand, élevée au début, elle faiblit très rapidement.

Si ces précautions sont prises, M. **De Lapersonne** (1) pense que la rachicentèse est sans danger. « Grâce au chlorure d'éthyle, dit-il, elle n'est pas douloureuse. »

(1) De Lapersonne, Société française d'Ophthalmologie, 1903, page

B. — LA TRÉPANATION

Jusqu'à une date relativement récente, les tumeurs cérébrales n'ont présenté de l'intérêt qu'au point de vue de leur diagnostic, car leur pronostic était sans espoir et leur traitement nul. Mais les progrès dans la possibilité de diagnostiquer la nature et la position approximative de ces tumeurs, et l'apparition des méthodes aseptiques et antiseptiques en chirurgie, favorisèrent l'application d'une thérapeutique opératoire. Les travaux de **Mac-Ewen, Durante, Horsley, Mac-Burney, von Bergmann**, et chez nous de **Lucas-Championnière, Troisier, Jaboulay, Broca, Chipault, Terrier** établirent sur des bases sérieuses la chirurgie du cerveau. Et il est admis aujourd'hui, qu'en présence d'une tumeur cérébrale, le chirurgien a, non seulement le droit, mais le devoir d'intervenir.

Les premiers chirurgiens qui ont pratiqué la craniectomie dans les tumeurs de l'encéphale avaient déjà noté son heureuse influence sur les troubles de la vision. Et en 1870, **Horsley** le premier conseilla de façon presque systématique la trépanation simplement décompression comme traitement des symptômes d'hypertension en particulier de la névrite optique, dans les tumeurs non localisées ou inextirpables. Un certain nombre d'auteurs étudièrent depuis l'effet de la trépanation sur la névrite œdémateuse.

En 1894 **Lucas Championnière** rapporte au Congrès de Rome un certain nombre de cas améliorés par la craniectomie.

En 1898, **Dupont** rassemble quarante trois observations de tumeurs cérébrales et cérébelleuses et montre l'influence thérapeutique de la décompression sur la stase et sur la fonction visuelle.

En 1901 **Babinski** cite également des cas du même genre.

Puis successivement des faits concordants furent publiés ou rapportés par **Druault** [1902] **Dianoux**, **Dupuy**, **Dutemps** [1902] **Dubarry** et **Guillot**, **Yvert** [1905], **Chaillous** [1909], **Cabannes**, **Trocmé** [1909], enfin tout récemment par **Babinski**, **Souques**, **De Martel**, **Velter** et **Chauvet**.

A l'étranger des travaux nombreux ont paru depuis les premières recherches d'**Horsley**, **Saenger**, **Cushing** [1905] **von Krudener** [1907] **von Hippel** [1908], **Greff**, **Fehr** [1909], **Frazier** [1909], enfin les publications récentes d'**Horsley** en 1910.

La trépanation curative serait évidemment l'idéal, puisqu'en enlevant la tumeur, elle guérit complètement le malade qu'elle débarrasse de toutes ses souffrances et auquel elle rend la vue, si les papilles optiques n'étaient pas déjà arrivées à un degré avancé d'atrophie. Malheureusement le nombre des cas de tumeurs cérébrales que l'on peut enlever est très restreint (6 à 10 pour cent d'après **Cabannes**) ; de plus cette méthode ra-

dicale est plus meurtrière que la trépanation palliative.

C'est donc à cette dernière que l'on doit s'adresser dans la presque totalité des cas suivant le conseil d'**Horsley** qui dès 1890 disait : « Dans toute tumeur cérébrale, la trépanation exploratrice s'impose, quitte à en rester là si on tombe sur un néoplasme inopérable. Non seulement la céphalée et les convulsions cessent, mais la névrite optique s'amende et la vue revient, en outre la vie est prolongée. » C'est aussi ce qui ressort des travaux publiés par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question.

Où faut-il trépaner ? S'il existe des signes de localisation il est évidemment indiqué de trépaner le point du crâne au-dessous duquel on prévoit la tumeur. « Cette première intervention, dit **Velter**, ne sera souvent que le prélude d'une recherche plus étendue et plus complète et parfois d'une tentative d'extirpation de la tumeur. »

S'il n'y a pas de diagnostic topographique, ce qui est fréquent, ou si la tumeur est inabordable, la craniectomie décompressive devra être pratiquée dans une zone muette loin des centres psycho-moteurs, qu'il est dangereux de dénuder et d'exposer aux traumatismes.

Diverses régions ont été proposées : **Saenger** choisit la région pariétale, **Von Hippel** la région temporale droite.

On tend actuellement à opérer au niveau de la zone temporo-pariétale du côté droit en restant à distance de la zone rolandique. Les chirurgiens font valoir à ce

niveau la facilité de l'opération : le champ est large et superficiel, les os sont minces, il n'y a comme vaisseaux importants què la méningée moyenne facile à éviter.

Une deuxième région, occipito-cérébelleuse, a été aussi proposée, elle permet de décompresser les étages cérébral et cérébelleux de la cavité crânienne. Mais la région est profonde, difficile à aborder, recouverte par l'épaisse masse des muscles et la nuque. De plus, on court les risques de blesser les sinus et de provoquer des hémorragies graves. Aussi cette deuxième voie est-elle moins souvent suivie,

Horsley. (*British. Med. Journ.* 5 mars 1910.) a constaté que souvent la stase était plus accentuée du côté où siégeait la tumeur (15 fois sur 18 cas), aussi conseille-t-il d'opérer du côté où la stase est la plus marquée.

La trépanation palliative doit-elle s'accompagner d'incision de la dure mère ?

En ouvrant la dure mère, on obtient comme le constatent **Babinski** [1]; **Dubarry** et **Maurice Guillot** (2), une décompression très intense et très rapide qui présente le plus grand intérêt au moment où la stase papillaire est au début de la période atrophique et où une céphalée atroce rend la vie insupportable aux malades.

(1) **BABINSKI.** -- Stase papillaire guérie par Trépanation crânienne. Société de neurologie, 7 février 1901.

(2) **DUBARRY** et **M. GUILLOT.** -- De la trépanation dans le traitement et la Stase papillaire. Société franç. d'Ophthalmologie. Congrès 1905.

Malheureusement cette incision de la dure mère expose le sujet au prolapsus cérébral, et ce prolapsus prend une gravité particulière dans les cas où, sous son effort, la cicatrice cutanée se rompt. On voit alors se produire de la méningo-encéphalite qui, comme dans le cas rapporté par **Dubarry** et **Guillot**, est rapidement suivie de la mort du malade. (Observation 32).

Aussi pour éviter ces accidents, certains auteurs, **Cabannes**, **Von Hippel** conseillent de faire des réssections crâniennes très économiques et de n'inciser la dure mère que très loin des bords et la plaie osseuse.

Kammerer, **Chipault**, **Dupuy-Dutemps**, **Druault**, **Chevallereau**, **De Martel** proposent de ne jamais ouvrir la dure mère dans la craniectomie.

« Précepte impossible à observer, disent **Dubarry** et **Guillot**, si on a des raisons d'explorer l'écorce, précepte dangereux même, s'il y a urgence de porter remède à une stase papillaire intense », et ils concluent ainsi : « Pour tirer tout le bénéfice d'une simple crâniectomie, c'est-à-dire d'une crâniectomie sans ouverture de la dure mère, il faut la faire très large, sans recourir cependant aux trépanations bilatérales que **Kammerer** et **Albert** ont préconisées, qui semblent imprudentes à cause des fautes d'asepsie qu'elles doivent entraîner forcément ».

Il est préférable, ainsi que le dit **Velter**, de ne pas inciser la dure mère au premier temps. Se réservant dans un second temps de faire cette incision si les signes d'hypertension ne s'amendent pas.

Nous n'entrerons pas dans l'étude des divers procédés

qui ont été proposés pour la crâniectomie ; ils sont étudiés longuement dans les traités de chirurgie (**Auvray, Chipault, Cushing, Duret, Horsley, Krause, Marion, De Martel**). Une thèse a paru sur ce sujet. (**Poisson**) (1). Enfin tout dernièrement M. **Velter** (2), dans un mémoire sur la crâniectomie décompressive expose les diverses techniques, en particulier celle de M. de Martel.

Un grand nombre d'observations, nous l'avons vu, ont été publiées par les différents auteurs qui se sont occupés de l'action de la trépanation sur l'œdème de la papille.

Dupont rapporte quarante-trois cas de syndrômes d'hypertension avec stase, dus au développement de tumeurs cérébrales ou cérébelleuses. Sur vingt-huit malades, traités par une trépanation palliative, douze furent améliorés, huit furent guéris, il y eut huit résultats nuls. Dans quinze cas où l'on put faire une trépanation curative on constata neuf guérisons, deux améliorations et quatre résultats nuls.

Rohmer (3) obtint trente-huit guérisons et dix-sept améliorations de la névrite ordémateuse sur cent huit trépanations.

Saenger (4) relate dix-huit cas où l'on procéda à la trépanation du crâne.

[1] **POISSON**, *Techniques chirurgicales, suites opératoires et résultat de la trépanation décompressive dans le syndrome d'hypertension intra-crânienne*. Thèse Paris 1910.

(2) **VELTER**, Crâniectomie décompressive dans les stases papillaires des syndrômes d'hypertension intra-crânienne. *Archiv. d'opht.* mars 1911.

(3) **DURÉ**, *Tumeurs de l'Encéphale* 1905, page 72.

(4) **SAENGER**, Sur la trépanation palliative dans les tumeurs cérébrales inopérables pour empêcher la cécité menaçante. *Klin. Monat. fur. Augenheilk.* février 1907, p. 115.

Deux fois le résultat favorable ne fut obtenu qu'après la réouverture du point trépané pour laisser le liquide céphalo-rachidien s'écouler en plus grande abondance.

Dans deux autres cas la crâniectomie n'eut pas de résultat notable car la tumeur cérébrale était trop volumineuse et la mort en fut le résultat rapide. Une fois la trépanation fut suivie d'aggravation, il s'agissait d'une tumeur de la base.

Chez tous les autres malades, la trépanation palliative eut une action bienfaisante manifeste,

Finkh, a réuni 31 observations où trente fois la stase disparut après la craniectomie.

Sur les cent neuf cas de tumeurs de l'encéphale réunis par **Trocmé**, on trouve quatre-vingts observations où sont mentionnés les effets de la trépanation palliative sur la vue des malades, mais ces observations ne donnent pas toujours d'indications très complètes en ce qui concerne la vue ; dans quelques cas, elles n'indiquent que des modifications ophtalmoscopiques, d'autres fois ne sont notés que les résultats relatifs à la fonction. Cinquante-neuf fois il y a eu regression de la stase, cinquante-deux fois la vue s'est améliorée. Sur quarante-quatre observations complètes, vingt-huit font mention d'une régression de la stase papillaire et d'une augmentation de l'acuité visuelle après l'opération. Dans huit cas on a observé une diminution de la stase mais la vue déjà affaiblie est restée stationnaire, enfin neuf fois la vision a subi une réduction notable qui, malgré la disparition de l'œdème, est allée jusqu'à la cécité dans quatre cas.

De l'ensemble de ces faits, il semble résulter que le pronostic de la vision soit très variable suivant les cas. Il dépend en effet de la précocité de l'opération. Si celle-ci est pratiquée alors que la vue est encore intacte ou peu affaiblie, on peut espérer la sauvegarder en arrêtant dans sa marche l'évolution de la stase papillaire.

Lorsqu'il y a une diminution déjà marquée de la vision avec rétrécissement du champ visuel, on peut encore conserver la vue à ce degré mais il faut s'attendre à la voir baisser d'avantage par la suite. Enfin si l'acuité visuelle est très diminuée, réduite à la perception lumineuse ou déjà nulle, la cécité est définitive, et la trépanation ne peut guère amender que la céphalée et les vomissements.

Telles sont les conclusions qui se dégagent des faits publiés par **Horsley, Angélucci, Rochmer, Cabannes, Trocmé, Chaillous, Velter, Von Hippel**. Ce dernier auteur note que sur cent-quatre-vingt-dix-huit cas de trépanation palliative pratiquée sur des malades atteints de tumeur cérébrale et dont cent-quarante-neuf survécurent à l'opération ; quatre-vingt-neuf fois la stase regressa et quatorze fois elle persista. En ce qui concerne la fonction, il divise les opérés en deux catégories :

1^o ceux qui ont conservé une acuité visuelle suffisante pour l'utilisation pratique.

2^o ceux qui n'ont plus une vision utilisable au sens pratique du mot.

Or sur seize malades appartenant à la première caté-

gorie, quinze ont conservé la vue pendant un temps assez long voire jusqu'à la mort. Un seul a subi une diminution progressive de la vision.

Sur soixante-quatre malades appartenant à la deuxième catégorie, cinquante-deux n'ont pas été améliorés : les troubles diminuèrent chez les douze autres.

Il est donc de toute nécessité, nous ne saurions trop le répéter, de rechercher toujours la stase papillaire chez les malades présentant des symptômes d'hypertension intra-cranienne, même quand leur vue est encore normale, afin que dès l'apparition de l'œdème on puisse, surtout s'il s'agit d'une tumeur cérébrale, conseiller la trépanation. **Cabannes, Saenger** avaient pensé que les obnubilations et crises de cécité périodique dont se plaignent souvent les malades au début de leur stase pourraient peut-être indiquer, au point de vue du pronostic visuel, le moment précis où, la situation tendant à s'aggraver, il est urgent d'intervenir et de trépaner.

Parmi toutes les observations que nous avons rencontrées et où sont mentionnées, une disparition de la stase et une amélioration de la vue, à la suite d'une trépanation, nous n'en avons pas trouvé dans lesquelles on ait constaté un retour complet à la normale de la vision et de l'aspect ophtalmoscopique de la papille. Les malades conservèrent toujours un certain degré d'atrophie optique, car toujours l'opération fut pratiquée trop tard.

L'idéal serait évidemment d'opérer dès le début de la stase, avant qu'aucune lésion définitive n'ait eu le temps

de se constituer. Malheureusement les malades ne sont le plus souvent examinés que longtemps après l'apparition de l'œdème de la papille. Ils ne viennent consulter que lorsqu'ils sont gênés par la baisse de leur vision, les lésions sont déjà trop avancées, il y a un certain degré d'atrophie papillaire et la guérison complète n'est plus possible.

Nous avons vu dernièrement dans le service du Professeur **De Lapersonne** une malade qui ne vint consulter que près de deux ans après le début des troubles oculaire et chez laquelle la trépanation ne put que faire disparaître la stase, les papilles étant en voie d'atrophie.

OBSERVATION XXVIII (inédite)

(Recueillie dans le service du Professeur DE LAPERSONNE)

Il s'agit d'une femme de 47 ans possédant de bons antécédents héréditaires. Son père est mort à 74 ans. Sa mère est bien portante et n'a jamais fait de fausse couche.

La malade s'est mariée à 19 ans. Sa première grossesse s'est terminée par une fausse couche due, dit-elle, à un traumatisme, trois enfants sont vivants et bien portants.

En août 1909. — Apparition de douleurs occipitales très vives, qui augmentent d'intensité la nuit et disparaissent dans la journée, de plus la malade se plaint de voir trouble des deux yeux, elle a fréquemment des obnubilations : les objets, dit-elle lui apparaissent comme à travers un brouillard pendant quelquefois 20 secondes, quelquefois une minute, puis la vue redevient normale. Ces crises se répètent 3 à 4 fois par jour.

Elle consulte un médecin pour ses douleurs de tête, ce der-

nier lui ordonne de l'aspirine et du pyramidon qui la soulagent.

Constatant que sa vue se troublait davantage, elle va à la consultation de l'hôpital Rothschild où on lui fit suivre un traitement spécifique pendant trente jours. Elle fut améliorée, mais peu à peu les troubles reparurent, sa vue diminua et elle vint en mars 1911 à la consultation de l'Hôtel Dieu.

Entrée dans le service du Professeur de Lapersonne.

Le 8 mars, l'examen des yeux montre : Pupilles normales. Réflexes normaux. Fond d'œil : à droite : papille décolorée et floue, blanche, grisâtre, les artères sont fines, les veines dilatées et tortueuses.

A gauche : papille pâle, blanche grisâtre, artères rétrécies, veines dilatées et tortueuses.

Acuité visuelle — OD = 1/25 OG = 0,8

Champ visuel — OD — Scotome central.

Champ visuel extrêmement rétréci réduit à un petit croissant dans la moitié externe du champ.

Champ visuel OG. — Rétrécissement marqué surtout dans la moitié interne du champ.

Le 9 mars on fait une Ponction Lombaire. Le liquide s'échappe avec force, l'examen cytologique montre la présence de quelques lymphocytes. La malade se trouve améliorée.

Acuité visuelle — OD = perception lumineuse

OG = 0,8

Champ visuel bien qu'encore très réduit à droite s'est élargi, le scotome central a disparu.

Les douleurs de tête ont également diminué, aussi la malade sort-elle de l'hôpital.

Le 27 mars 1911. Elle revient dans le service. L'état est stationnaire. On la décide à se faire opérer.

Le 3 avril. M. de Martel pratique une *craniectomie décompressive* avec ablation d'un volet large dans la région pariéto-temporale droite. La dure-mère n'est pas incisée.

Quatre jours après l'opération la malade constate qu'elle voit mieux : de son œil gauche elle compte les doigts à 50 centimèt. ; de son œil droit elle voit bien.

Trois semaines après l'opération. L'examen ophtalmoscopique montre des papilles blanches en voie d'atrophie.

A V. = O D. La malade ne voit pas les doigts à 20 centim. Perception lumineuse.

Les douleurs de tête ont disparu et la malade sort de l'hôpital.

Au mois de novembre 1910, une autre malade se présentait à la consultation du professeur De Lapersonne avec des troubles visuels datant de plusieurs mois et ayant abouti à une cécité absolue, sans aucune perception lumineuse. L'examen du fond d'œil décelait la présence d'un œdème papillaire très accentué. Une craniectomie fut faite. Les douleurs de tête disparurent, mais il n'y eut pas d'amélioration de la vision. A l'ophtalmoscope on voyait des papilles blanches en voie d'atrophie.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

(Recueillie dans le service du Pr de Lapersonne)

Mme C..., 30 ans, originaire du Cantal, vient consulter le 21 novembre 1910, parce que sa vue s'est affaiblie et qu'elle n'y voit plus.

Elle présente d'excellents antécédents héréditaires ; de son côté elle ne se souvient pas d'avoir été malade.

Mariée depuis deux ans, elle a eu deux grossesses. Son premier enfant, un garçon est venu au monde au huitième mois, il est assez bien portant. Sa deuxième grossesse s'est terminée le 17 octobre 1910 par la naissance d'une fille assez robuste. C'est pendant l'évolution de cette grossesse, dans les premiers mois, que la malade commença à se plaindre de maux de tête, plus violents la nuit, déterminant de l'insomnie et parfois des vomissements légèrement bilieux. Elle ressentait en outre dans la tête comme des coups frappés à intervalles réguliers.

Au début de septembre, les troubles de la vision apparaissent. Ils consistent en obnubilations passagères, avec cécité complète, apparaissant très brusquement, d'une durée de quelques minutes pendant lesquelles la malade « voit tout noir », puis disparaissant peu à peu, non sans laisser un léger affaiblissement de la vue. Ces obnubilations se répètent d'abord tous les jours, puis dans la suite plusieurs fois par jour. Les maux de tête et les vomissements persistent. Le malade maigrit.

L'accouchement se fait sans incident et très rapidement le 17 octobre. Tout le temps pendant lequel le malade a gardé le lit les troubles de la vision ont cessé, mais dès qu'elle commença à se lever (4^e ou 5^e jour) ils réapparurent plus accentués. Il n'y avait plus d'amaurose subite, mais un affaiblissement lent et progressif d'un jour à l'autre, atteignant également les deux yeux, et au bout de 8 à 10 jours, la cécité était absolue, sans aucune perception lumineuse. Les autres symptômes, (céphalée, insomnie...) ont persisté sans aggravation.

Etat actuel. — Pupilles inégalement dilatées (la droite l'est beaucoup plus). Aucune réaction lumineuse. Motilité intacte.

Examen du fond de l'œil. — Des deux côtés, gros œdème papillaire blanc rosé, avec piqueté rose dû aux émergences des vaisseaux qu'on voit noyés dans l'œdème. Bords très flous et ir-

réguliers. Artères très minces, exsangues. Veines gonflées, tœmieuses et par places moniliformes.

Ponction lombaire le 21 novembre, en position couchée sur le côté et la tête basse. Les premières gouttes sortent assez vite mais sans jet, les suivantes très lentement et il faut deux minutes pour obtenir 4 cent. cubes. Liquide clair, limpide. Pas de lymphocytose. Réaction de Wassermann positive pour le sérum sanguin, douteuse pour le liquide céphalo-rachidien.

3 décembre. --- Trépanation par M. Auvray. Résection d'un volet pariétal droit sans incision de la dure-mère.

8 décembre. --- Pas de changement dans l'état du fond de l'œil. Aucune récupération de la vision. Les maux de tête ont diminué.

15 décembre. --- L'œdème a disparu mais les papilles des deux côtés sont en voie d'atrophie.

Ce sont parfois les symptômes de compression : céphalée, vomissements, vertiges, etc..., qui obligent le malade à venir consulter. C'est ce qui arrive dans la plupart des cas de tumeurs cérébrales. L'examen du fond d'œil aura alors le plus gros intérêt en décelant la stase longtemps avant le moment où le malade s'en serait plaint. Si on ne constate rien, il n'en faudra pas moins pratiquer tous les jours cet examen afin d'assister à l'apparition de l'œdème. Une craniectomie pratiquée dès ce moment aurait, pensons-nous, les plus grosses chances de succès.

Bien que la ponction lombaire ne donne qu'un résultat palliatif dans certains cas (tumeurs cérébrales, tuberculose), il est bon, croyons-nous, de toujours faire une ponction lombaire avant de parler au malade de craniecto-

mie. Cette ponction apportera souvent des éléments de diagnostic, elle pourra renseigner sur la tension du liquide céphalo-rachidien, enfin elle permettra au praticien d'éviter de voir se reproduire des faits comme en rapporte **Dianoux** (1).

OBSERVATION XXX

DIANOUX.

Madame J..., 51 ans, vint me consulter le 24 octobre 1901, Elle estime que le trouble visuel qui a déjà supprimé la vue de son œil droit et qui atteint un peu son œil gauche tient à l'amyopie de 7 Diop. dont elle est atteinte. L'ophtalmoscope révèle une double papillite ; au lieu de verres je propose à M. J..., une craniectomie. Les suites furent ce qu'elles devaient être. Je ne revis jamais la malade, mais tout de même, j'ai suivi son observation par son médecin. On lui a pratiqué 14 ou 15 ponctions lombaires, la dernière il y a plusieurs mois ; elle voit toujours à se conduire et même à lire.

Cette observation est en faveur de la ponction lombaire mais le diagnostic causal n'est pas mentionné et il est bien probable qu'il ne s'agissait pas de tumeur cérébrale.

Dans les cas où le diagnostic de tumeur cérébrale est nettement établi, il ne faut pas recourir trop longtemps aux ponctions, même si elles ont apporté une amélioration dans les symptômes de stase. Elles constituent une thérapeutique d'attente dont l'application facile favo-

(1) **DIANOUX**. *Annales d'Oculistique*, 1903. page 165.

rise la répétition et fait perdre un temps précieux pour l'emploi de la craniectomie.

En l'absence de signes de localisation cérébrale, il est en pratique souvent très difficile de porter un diagnostic précis et il arrive que les résultats thérapeutiques sont tout différents de ceux que l'on attendait de par le diagnostic porté, ainsi qu'en témoignent les deux faits suivants publiés par MM. **Guillot** et **Dubarry**.

OBSERVATION XXXI

(Congrès de la Société française d'Ophthalmologie. 1905)

Le premier malade avait des signes très nets de compression localisée; paralysie faciale périphérique, surdité du même côté (côté droit) avec symptômes d'hypertension intra-crânienne : vertiges, vomissements, stase papillaire.

Le diagnostic de tumeur de la base du côté droit, comprenant VII et VIII paires avant leur pénétration dans le conduit auditif interne, est porté : craniectomie avec ouverture de la dure mère faite un peu en arrière de la région rolandique deux mois après l'apparition de la stase, c'est-à-dire trois ans après le début de la céphalée.

Un traitement antisiphilitique intensif avait été suivi sans résultat et l'affection suivait une progression régulière. Tout portait à penser que le néoplasme était de nature maligne. Or ce malade contrairement à toute attente a guéri ; la vision même est en partie revenue, il peut commencer à vaquer à ses occupations alors qu'avant l'opération on pouvait considérer la vue comme abolie.

OBSERVATION XXXII

DUBARRY et GUILLOT

2^o malade. — Au début de 1904.

Signes banals de compression : Maux de tête, diminution de l'acuité visuelle.

En février 1904. — OD = malade voit à peine la main passer à 0^m 20 cm. OG — acuité visuelle = 1/6.

Stase papillaire double avec œdème considérable. Traitement intensif par cyanure de Mercure pendant 6 mois. Sous son influence, papille droite s'affaisse, mais acuité visuelle n'augmente pas ; papille gauche, diminution de l'œdème, augmentation considérable de l'acuité visuelle. V = 2/3, la malade reprend son métier de couturière.

On avait le droit de faire cette réserve que l'on était peut-être en présence d'une méningite séreuse, d'où le pronostic semblait moins grave que chez le 1^{er} malade.

Or au bout de deux mois, les accidents reprennent leur marche menaçante. Symptômes augmentent d'intensité, vision baisse rapidement. On recommence traitement au cyanure pendant trois mois, mais cette fois sans résultat. Amaurose complète double. Diminution de l'audition des deux côtés, surtout marquée à droite.

Parésie et anesthésie du côté gauche. On porte le diagnostic du stase papillaire par compression intra-cranienne probablement due à une tumeur.

Craniectomie avec ouverture de la dure mère dans région rolandique droite.

Immédiatement après opération. Symptômes de compression regressent sauf amaurose qui persiste.

Encéphalocèle qui augmente peu à peu de volume. *Rupture des léguments*. Méningo-encéphalite. Mort.

Autopsie. — Petite tumeur du volume d'un noyau de cerise semblant appendue à toile choroïdienne et se trouvant en rapport avec corps godronné et circonvolution de l'hippocampe du côté gauche. *Examen histologique*. Epithéliocarcinome. Abscès dû à méningo-encéphalite.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un diagnostic difficile à préciser, étant donné que les tumeurs sont infiniment plus fréquentes que les autres syndromes d'hypertension : méningites séreuses ou épendymites ; la crâniectomie doit être pratiquée associée à la ponction lombaire. Dans ces cas de fausses tumeurs, en effet, la guérison définitive peut-être obtenue par la trépanation, et il est vraisemblable que tous les cas de guérison rapportés, où le diagnostic de tumeur avait été porté, rentrent dans cette catégorie de faits. L'Observation 31 de Dubarry et Guillot semble du moins l'indiquer.

Velter et Chauvet ont publié des observations analogues.

OBSERVATION XXXIII

(VELTER et CHAUVET)

Société de neurologie, 2 février 1911, cité par Velter.

Arch. d'ophl. mars 1911

Syndrôme d'hypertension intra-crânienne sans signes de localisation. Stase papillaire dont on ignore la date exacte du

début. La ponction lombaire détermine des maux de tête très violents et quelques vomissements. Stase progresse. Phénomènes s'aggravent. A. V. = 0,6 des deux yeux.

Craniectomie décompressive à large volet. Temporo-parietal, sans incision de la dure mère.

Deux jours après l'opération les maux de tête et les vomissements ont complètement disparu. La vue dès le second jour est devenue meilleure.

Huit jours après. — A. V. = 0,9 des deux côtés. Stase a diminué.

Six mois après opération. — Stase à totalement disparu. Léger halo, péripapillaire à droite. Acuité visuelle parfaite. Bon état général.

Il s'agissait selon eux de méningite séreuse.

Dans les *Abcès d'origine auriculaire*, l'affection se terminant ordinairement par la mort à bref délai, l'intervention est de règle. Les résultats ici encore semblent excellents.

Sur onze cas réunis par **Dupont**, il y a eu onze guérisons de la stase papillaire. « La névrite, dit-il, rétrocede rapidement, bien plus vite que dans les cas de tumeur cérébrale . »

Dans une observation de **Rakowicz**. (*Monatsbl. f. Augenh.* 1895), cinq à six jours après l'opération, toute trace de papillite avait disparu. Dans d'autres cas c'est 10 à 12 jours après, que l'amélioration se fit, mais dans tous les cas cités, il y eut une rétrocession rapide.

Beaucoup d'auteurs allemands **Von Berck**, **Hernohld**, **Hanh**, ne se contentent pas d'ouvrir la dure mère au cours de la trépanation, ils font encore une ponction des

ventricules, ponctions qu'ils renouvellent dans la suite s'il y a lieu. D'autres chirurgiens vont même jusqu'à faire un drainage des ventricules latéraux. Ces deux méthodes doivent être déconseillées dans les cures des stases papillaires des néoplasmes cérébraux, elles sont dangereuses et ont provoqué de graves accidents. On ne peut guère y avoir recours que pour obvier à un prolapsus énorme, irréductible et impossible à recouvrir par un lambeau cutané.

Enfin à côté de ces méthodes nous citerons une observation anglaise de stase papillaire survenue à la suite d'une méningite cérébro-spinale et très améliorée à la suite du *débouchement du trou de Magendie* par **Cotterill et Bruce**.

OBSERVATION XXXIV

COTTERILL et BRUCE. (*Edimbourg médico-chirurgical Society*
2 nov. 1910. in *Presse Médicale* 8 avril 1911).

Une fillette de 11 ans, à la suite d'une méningite cérébro-spinale survenue en août 1908, présente une violente céphalée intermittente avec vomissements, diminution de la vue et un certain degré de névrite optique pour lesquels elle fut admise au Royal Infirmary. Bientôt l'état de la malade s'aggrava progressivement, elle présenta de l'incontinence passagère des matières et des urines, abolition du réflexe abdominal, puis paresie spasmodique des deux membres inférieurs. Les facultés mentales déclinerent, la cécité devient presque complète, la tête augmenta de dimensions et la radiographie révéla un élargisse-

ment notable des sutures. Les muscles sacro-lombaires et des membres supérieurs devinrent paralysés à leur tour.

Cotterill et Bruce tentèrent d'abord de soulager la malade par une ponction du ventricule latéral, à travers la suture coronale droite mais ils n'obtinrent aucun résultat. Ils décidèrent alors de rendre à nouveau perméable le trou de Magendie après avoir enlevé une large portion de l'os occipital. Comme résultat, ils obtinrent une diminution graduelle des dimensions de la tête, un retour progressif et presque complet de la force musculaire de la vue et de l'intelligence, avec fonctionnement normal des sphincters.

Il est à noter que la ponction lombaire ne permit pas de prélever du liquide céphalo-rachidien et ce fait est sans doute une conséquence de l'intervention sur l'occipital.

Babinski (1) comparant les effets obtenus par la ponction lombaire et ceux donnés par la ponction céphalique fait les remarques suivantes :

« A priori, dit-il, il serait permis de penser que la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, dut produire sur les centres nerveux une action semblable, quel que soit le point de la cavité crânio-rachidienne par lequel le liquide se serait écoulé. Or cette idée semble en désaccord avec quelques observations que j'ai faites. En effet, dans les néoplasmes intra-crâniens accompagnés d'un œdème cérébral décélé par de la stase papillaire, la rachicentèse, si elle produit parfois une sédation de la céphalée et des symptômes de stase, elle les accentue d'autre fois d'une manière très

(1) BABINSKI. — Quelques remarques sur la ponction lombaire et la ponction péchalyque comparées entre elles. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 30 Juillet 1909.

notable; tandis que la crâniectomie suivie d'une incision de la dure mère et d'un écoulement du liquide céphalo-rachidien calme presque toujours la douleur et ne l'exagère jamais ; c'est du moins ce que j'ai noté dans les nombreux cas que j'ai vus. »

Il rapporte, ensuite un cas de tumeur probable, de la base de l'encéphale avec stase papillaire dans lequel les ponctions lombaires provoquèrent une violente exacerbation de la céphalée et une augmentation de l'œdème de la papille alors qu'une large crâniectomie, pratiquée à la région pariétale, suivie d'une incision de la dure mère amena la disparition de la céphalée et de la stase papillaire.

La trépanation palliative présente-t-elle des contre-indications ? Ses partisans la considèrent comme bénigne et **Saenger** (1) prétend que dans l'état actuel de la chirurgie la craniectomie est une opération presque dépourvue de dangers. Peut-être est-ce aller un peu loin. Dans la grande majorité des cas, en effet, c'est sur des sujets porteurs depuis longtemps de tumeur cérébrale que l'on doit opérer. Leur état général est souvent très déprimé par les douleurs, les convulsions, les insomnies, et il est à craindre que les malades supportent mal une intervention chirurgicale qui nécessite une anesthésie chloroformique et entraîne forcément une perte de sang assez considérable.

Outre le choc opératoire, il peut encore résulter des

[1] SAENGER (*Berlin Klin-Wochens*, 12 nov. 1906.

phénomènes de choc bulbaire avec syncope respiratoire qui entraînent la mort du malade. **Dieulafoy** dans son traité de pathologie, **Jaboulay**(1) et **Horsley** (2) ont rapporté des faits de ce genre.

Nous ne croyons la craniectomie contre indiquée que dans les cas où le malade est dans un état tel qu'il ne supportera certainement pas l'opération.

[1] **JABOULAY** (*Chirurgie des centres nerveux*).

(2) **HORSLEY** [*British med. journal* 1906,

CÓNCLUSIONS

1° La stase papillaire est un symptôme soit de compression des gaines optiques soit d'augmentation de la tension à l'intérieur des espaces sous arachnoïdiens. Elle est due à une gêne de la circulation de retour à l'intérieur du nerf optique.

2° Cette gêne se manifeste tout d'abord par une distension de l'espace arachnoïdo-piémérien qui entoure le nerf. Il s'ensuit un gonflement œdémateux de la papille avec prééminence de sa surface en avant du plan de la rétine, congestion veineuse et effacement des artères.

A ce stade il n'y a pas de lésions définitives du nerf optique, la vue reste normale. Puis si l'hypertension subsiste, des lésions de névrite s'installent, lésions qui

aboutissent à l'atrophie du nerf avec baisse de l'acuité et diminution de champ visuel évoluant vers la cécité.

3° Deux méthodes thérapeutiques se proposent la dé-compression des centres nerveux : la ponction lombaire et la trépanation.

4° La ponction lombaire dans les stases d'origine intra-cranienne sans tumeur à une valeur thérapeutique certaine. Curative dans la plupart des cas de méningites séreuses et cérébro-spinales, dans les stases consécutives aux maladies infectieuses, dans l'insolation dans certains cas d'hydrocéphalie ; curative également si elle est associée au traitement mercuriel dans la syphilis, en particulier dans la syphilis méningée ; elle n'est que palliative dans les cas de méningites tuberculeuses, de tumeurs et d'abcès intra-craniens.

5° Si la ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales réussit souvent à soulager le malade et à sauvegarder sa vue, parfois elle compromet immédiatement son existence, aussi beaucoup d'auteurs ont-ils conclu contre son emploi.

Dans la grande majorité des cas il est possible de se mettre à l'abri des accidents graves en observant des mesures de précaution rigoureuses. Il est donc permis de recourir toujours à la ponction qui offre au point de vue du diagnostic un intérêt de premier ordre.

6° Le meilleur moment pour traiter la stase est l'époque du début avant l'apparition des symptômes fonc-

tionnels, alors qu'aucune lésion définitive n'est encore constituée.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence de syndromes d'hypertension intra-crânienne, il faut donc toujours rechercher la stase. Si on ne la trouve pas, on doit faire chaque jour l'examen du fond d'œil afin de pratiquer une ponction dès son apparition.

7° Dans tous les cas où le diagnostic de stase par hypertension intra-crânienne sans tumeur sera nettement posé, la rachicentèse associée au traitement mercuriel pourra suffire : on pratiquera plusieurs ponctions s'il est nécessaire.

8° Dans les cas, au contraire, où l'on pensera être en présence de tumeur ou d'abcès cérébraux, de même que toutes les fois que le diagnostic sera peu précis, il faut pratiquer la crâniectomie décompressive après avoir tenté le traitement mercuriel et la ponction lombaire. Mais il ne faut pas s'attarder à ces modes de traitement, même s'ils ont donné une amélioration, car ce résultat n'est souvent que temporaire.

9° Dès que l'on constate qu'une stase progresse malgré le traitement mercuriel et la rachicentèse, la crâniectomie s'impose.

10° L'opération doit être pratiquée le plus tôt possible, le moment de choix serait avant que la vue ait commencé à baisser. Le résultat sera d'autant meilleur

que l'acuité visuelle est moins atteinte ; mais il n'est jamais trop tard pour opérer et il faut intervenir même dans les cas de cécité complète, il est souvent possible d'obtenir quelque amélioration.

11° S'il existe des symptômes de localisation, la trépanation siègera dans la région pouvant permettre plus tard une recherche plus complète de la tumeur.

S'il n'y a pas de signes de localisation, il faut trépaner dans une zone muette : région pariéto-temporale droite ou trépanation occipitale, ou bien, comme le conseille Horsley, du côté où la stase est la plus accentuée.

12° Il est préférable de ne pas inciser la dure-mère au premier temps. La décompression est en général suffisante et on est à l'abri des hernies cérébrales. On peut d'ailleurs, dans un second temps, faire cette incision si les signes d'hypertension ne s'amendent pas.

13° Après l'opération, les symptômes fonctionnels regressent rapidement, la diminution de l'œdème est plus lente.

La guérison complète ne peut être obtenue que dans les cas opérés de très bonne heure.

Si les papilles ont déjà subi un certain degré d'atrophie la trépanation pourra arrêter leur évolution et conserver aux malades la vision qui leur reste, mais il ne faudra pas compter sur une amélioration notable.

14° On ne peut guère songer à la ponction du ventri-

cule ou à son drainage que comme moyen de fortune destiné à obvier à un prolapsus énorme, irréductible et impossible à recouvrir par un lambeau cutané.

15° Le débouchement du trou de magendie n'est encore qu'une méthode d'exception.

Vu : Le Président de Thèse :

DE LAPERSONNE.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANGELUCCI. — Le traitement chirurgical et le pronostic de la stase papillaire. *Revue générale d'Ophthalmologie* XVI. 1897, page 293.

AUVRAY. — *Tumeurs cérébrales* Thèse Paris. 1896.

BABINSKI et CHAILLOUS. — Ponction lombaire dans les névrites optiques d'origine intra-cranienne. *Annales d'oculistique*. juillet 1907.

BABINSKI. — Stase papillaire double par compression cérébrale. Trépanation. Guérison. *Société de neurologie* 1901, 7 février.
— Quelques remarques sur la ponction céphalique et la ponction rachidienne comparées entre elles. *Société médicale des Hôpit.* 30 juillet 1909. — *Société de Neurologie*. 4 novembre 1909.

— Craniectomie décompressive. *Soc de Neurologie*, 14 avril 1910.

— De la Craniectomie décompressive. *Bulletin Médical*, 20 avril 1910.

- BABINSKI et DE MARTEL. — Tumeur cérébrale opérée. *Soc. de Neurologie*, 2 décembre 1909.
- BRISSAUD. — Tumeurs cérébrales. *Traité de Médecine*, Charcot.
- BROCA et MAUBRAC. — Traité de Chirurgie cérébrale. Paris, 1896.
- CABANNES. — Contribution à l'étude de la trépanation dans les tumeurs cérébrales avec stase papillaire ou névrite optique. *Soc. française d'ophl.* Congrès de mai 1909, et *Annales d'Oculistique* août 1909, p. 77.
- CHAILLOUS. — De la trépanation dans les névrites œdémateuses d'origine intra-cranienne. *Soc. d'Ophl.* Paris 1908. in *Annales d'Oculistique* 1908, t. CXL, p. 55.
- CHESNAU. — Stase papillaire d'origine traumatique. Trépanation suivie de guérison. *La Clinique Ophtalmologique*, 10 sept. 1901.
- CHEVALLEREAU et DRUAULT. — Interventions chirurgicales dans les cas de stase papillaire. *Société d'Ophtalmologie*, 4 mars 1902.
- CHIPAULT. — *Chirurgie du système nerveux* 1902.
- COURTELLEMONT et GALEZOWSKI. — Stase papillaire post-méningitique. Ponction lombaire. Guérison. *Recueil d'Ophtalmologie* 1905, p. 217.
- DE LAPERSONNE. — Congrès de la *Soc. française d'Ophtalmologie* 1903, p. 186.
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — Manuel de Neurologie oculaire.
- DE LAPERSONNE et CERISE. --- Tumeur cérébrale. Mort 60 heures après une ponction lombaire. *Société de neurologie* 2 mai 1907.
- DE MARTEL. --- Un point de technique opératoire dans la craniectomie. *Presse médicale* 7 oct. 1908.

DE RIDDER. --- *La ponction lombaire dans les affections oculaires*
Paris G. Steinheil 1909.

DERCUM. --- Névrite optique sans les affections cérébelleuses *in*
Annales d'oculistique 1893.

DIANOUX. -- Névrite œdématense et tumeur cérébrale. *Annales*
d'oculistique, 1903, p. 161.

DUBARRY et MAURICE GUILLOT. -- De la trépanation dans le trai-
tement de la stase papillaire. *Congrès de la Société franç.*
d'ophtalmologie, 1905.

DUPONT. -- *De la névrite optique dans les affections cérébrales et*
cérébelleuses. Son traitement, thèse Nancy. 1898.

DUPUY-DUTEMPS. -- *Stase papillaire dans les affections crâniennes*, thèse Paris 1900.

id. Des causes de l'absence très fréquentes de la
stase papillaire dans les méningites tuberculeuses. *Société*
 franç. d'Ophl. 9 mai 1909.

DURET. -- *Les tumeurs de l'encéphale*, 1905.

FRENKEL. -- La ponction lombaire sur les névrites optiques par
hypertension intra-cranienne. *Annales d'oculistique*, jan-
1908.

GALEZOWSKI. --- *Le fond de l'œil dans les maladies du système*
nerveux, thèse de Paris, 1904.

GONIN et DUFOUR -- *In Encyclopédie fr. d'opht.* Tome VII, p. 339.

JABOULAY. -- 40 observations de chirurgie intra-crânienne.
Arch. prov. de chirurgie, 1893. Trépanation décompressive.
Lyon-Médical. 1896.

Job Actinomycose cérébrale. Thèse Lyon, 1896.

LECÈNE. — Le procédé de Cushing. *Journal de Chirurgie* 1909.

— — Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux et leur trai-
tement chirurgical. *Journal de Chirurgie*, avril 1909.

- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Etude clinique sur 64 cas de trépanation. *Congrès de Rome* 1894.
- MASSON. — *Mode d'action de la Craniectomie*. Thèse Lyon 1894.
- MARION. — *Traité de chirurgie* 1905 et *Manuel de technique chirurgicale* 1908.
- MARTIN. Valeur diagnostique de la névrite optique dans les tumeurs cérébrales.
- MERLE (PIERRE). — *Etude sur les épendymites cérébrales* Thèse Paris 1910.
- MINET et LAVOIX. — Mort par suite de ponction lombaire. *Echo médical du Nord*, 1909.
- MOINDROT. — *Ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales*. Thèse Lyon, 1904.
- MOUSSOUS. — Article tumeurs cérébrales in Grancher, *Traité des maladies de l'enfance*.
- M^{lle} PISSAREFF. — *Quelques réflexions sur la tumeur papillaire*. Thèse Montpellier 1904.
- PITRES et ABADIE. — Tumeur cérébrale. Ponction lombaire disparition de la névrite optique, *Journal de médecine de Bordeaux* 24 mars 1901.
- RAVAUT-GASTINEL et VELTER. — La Rachichentèse. *L'œuvre médicale chirurgicale*, mai 1910.
- ROEHMER. — Influence de la trépanation sur la névrite optique. *Gazette médicale de Est* 1898.
- SCHAEFFER et DE MARTEL. — Syndrome d'hypertension cérébrale très amélioré par la trépanation décompressive. *Soc. de neurologie* février 1910. (Rev. Neurologique, mars 1910).
- SICARD. — Thèse Paris 1900. Liquide céphalo-rachidien. *Encyclopédie Léauté*.
- TERRIEN et BOURDIER. — Cécité par névrite optique double sur-

venue dans l'évolution d'une méningite cérébro-spinale épidémique. *Société d'ophtalmologie*. Paris. Oct. 1909.

TROCMÉ. — *De la thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale*. Thèse Paris juin 1909.

YVERT. — De la trépanation et des ponctions cérébrales dans les affections du cerveau. *Recueil d'ophtalmologie*, 1905 n° 4.

E. VELTER. — La Craniectomie décompressive dans les stases papillaires des syndrômes d'hypertension intracrânienne. *Arch. d'Ophth.* mars 1911.

Publications étrangères

BALLANCE. — Some points in the Surgery of the Brain. London 1908.

BARADULIN. — Résultat de la trépanation du crâne sur la stase papillaire dans les tumeurs du cerveau. *Russki Wratsch.* n° 47 1908.

BRUSH. — *Zeitschr.-f. Klin med.* 1898.

BURCHARDT — Beitrag Zur diagnose und des Staungs papil. (*Charite Annalen*) 1895.

COTTERILL et BRUCE. — *Edimbourg Medico-Chirurgical Society*. 2 Nov. 1910. Débouchement du trou de Magendie in *Presse médicale* 8 Avril 1919.

COURTNEY et NEDWILL. — *The Lancet* 1898.

CUSHING. — *Surg. gyn. and obstetric*. 1905.

— *Bulletin of J. Hopkins hosp.* Baltimore 1905.

— *Ken's System of Surgery*, 1908. Vol. III.

CUSHING, (Harvey) et JAMES BORDLEY. — Observations sur la stase papillaire avec considérations sur les opérations de trépanation décompressive. *Journal of the Americ. Méd. Associat.* Vol. LII n° 5 p. 353, 30 janv. 1909.

- FEHR. — Traitement de la papille de stase par la trépanation.
Centralbl fur praktish Augenheilk juillet 1909 p. 197.
- FINKH. — *Trépanation dans les cas de stases papillaires* thèse de
Fribourg 1904.
- FRAZIER. — Surgical aspect of cerebral décompression *Journ.*
of. the Americ. Med. Assoc. Septembre 1909.
- GREFF. — Stase papillaire et Chirurgie Cérébrale *Fortsch. der.*
Méizin n° 6, 28 février 1909.
- HERNHOLD. — Trépanation décompressive. *Deutsche milit.*
Zeitsch. 1903.
- HORSLEY. — *Le mercredi médical.* 27 août 1890.
— *Brit. méd. Journ.* 1890 p. 1586.
— *Brit. med. Journ.* 23 décemb. 1893 p. 1366.
— *Brain Surgery. Brit. Med. Journ.* 1886.
Congrès de Berlin 1890.
In Gr. Stewart et Holmès. *Brain* 1904 page 522.
Traitement opératoire de la névrite optique. *La*
clinique ophtalmologique 1908, page 307.
Névrite optique. Stase papillaire. OEdème papil-
laire. Traitement et valeur séméiologique. *Brit-*
ish med Jour. 5 mars 1910.
Le traitement des tumeurs intra-craniennes. L'in-
tervention opposée à l'expectation. *British Med*
Journ. 10 dec. 1910, p. 1833.
- KOCHER. — *Centralblatt f. schw. Artze.* 1889.
- KROENIG. — Valeur de la ponction lombaire pour l'ophtalmo-
logie. *Zentralblatt f. Augenheilk.* 1901, p. 206.
- KRAUSE. — *Chirurgie des Gehirns, und Rückenmarks* 1908, t. I
- MANZ. — *Hydropsvaginae nervi optici.* *Deutsch. Arch. f. Klin*
med. 1872.

- MARTIN. — Valeur diagnostique de la névrite optique dans les tumeurs cérébrales. *The Lancet* 1897 t. II.
- NICOMÈDE. — Tumeurs cérébrales et Craniotomie. *Annali di Oltalmologia*. 1899, p. 397.
- OPPENHEIM. — *Séance de Sociét. de Méd. Interne de Berlin*. 15 nov. 1897.
- QUINKE. — Ponction lombaire. *Berlin Klin. Woch.* 1891.
- *Die Technik der Lumbal punctio*. 1902.
- ROBINSON. — Décompression dans la stase papillaire. *Ophthalmology*. Janvier 1909.
- SAENGER. — Sur la trépanation palliative dans les tumeurs cérébrales inopérables pour empêcher la cécité menaçante. *Klin. Monats. für Augenheilk.* Février 1907, p. 145.
- Sur la Pathogénie de la stase papillaire. *Münc. Méd. Wochenschr*, n° 5. 17 janv. 1905.
- SCHEDE. — Trépanation dans deux cas de tumeur du cervelet. *Deutsche. Med. Wochenschr.* 1900, n° 30, p. 477.
- SCHMIDT-RIMPLER. — Ponction lombaire et trépanation palliative dans les cas de stase papillaire. *Klin. Monatsblätter*. Bd. XLV. 1911.
- SCHWEINITZ (DE) ET HOLLOVAY. — The opérative treatment of papilloœdema. *The Transactions of the Collège of Physicians of Philadelphie*. 1908. vol. XXX. p. 140
- SPILLER et FRAZIER. — Compression Cérébrale. *Univers. of. Pensylv. méd. Bull.* 1906.
- SPILLER (Williams). — Nouvelle contribution aux opérations palliatives pour tumeur cérébrale. *The Journal of the Americ. Med. Association*. Vol. LII n. 4, p. 272, 23 janv. 1909.
- STADELMANN. — Ponction lombaire. *Deutsch Med. Woch.* 1897.
- TAYLOR (James). — Névrite Optique dans ses rapports avec

les tumeurs cérébrales et la trépanation *Soc. ophthalm. du Royaume Uni*. Séance du 14 juin 1894.

UTHOFF. — Lésions ophtalmoscopiques dans les maladies du système nerveux. *Soc. d'ophth. de Heidelberg* 1883.

VON BEK. — Ponction ventriculaire dans les tumeurs cérébrales. *Munch. méd. W.* 1896 p. 235.

VON BERGMANN. — *Trail. Chirurgical des affections cérébrales* 1899.

VON HIPPEL. -- Trépanation palliative dans la stase papillaire. *Von Graef, Arch. f. Ophthalm.* 1908. nov.

VON KRUDENER. — Pathogénie et traitement chirurgical de la stase papillaire. *Arch. f. oph.* 1907. L X V.

(De) WECKER. — Incision du nerf optique dans certains cas de nevro rétinite. *Cong. de Londres*, 1873.

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.
